

016/6

Año 2 - Número 5 - Junio / Agosto 1997
Precio de ejemplar \$ 7.-
ISSN 0328-7890

Materia

Primera Revista Independiente de
Terapia Ocupacional en Argentina



1er Aniversario

FE DE ERRATAS

Página N° 23 bajo el subtítulo Guía para la evaluación debe leerse:

1-TRANSFERENCIAS

NIVEL I

- 1-El paciente debe ser capaz de indicar a un tercero la ubicación correcta de su cuerpo y silla de ruedas para iniciar su transferencia, como así también el acondicionamiento de la misma (apoyapiés, frenos, etc.) (2 puntos)
- 2-El paciente logra sentarse en la cama con ayuda de otra persona, quedan excluidos aquellos que requieran de máxima asistencia para los cambios posturales.(2 puntos)
- 3-En este punto se evalúa la capacidad de incorporarse. Es válida la ayuda de un tercero y/o uso de accesorios (triángulos, sogá, barra, etc.) (2 puntos)

NIVEL II

- 4-El paciente debe ser capaz de acomodar su cuerpo y acondicionar la silla de ruedas para realizar la transferencia, se acepta una sola falla por olvido o imposibilidad. Ej: no colocar un freno, no mover un apoyapiés. (3 puntos)
- 5- El paciente debe incorporarse con mínima asistencia e iniciar movimiento de pivoteo hasta silla o cama.(3 puntos)

NIVEL III

- 6- El paciente debe realizar en forma independiente y sin correr riesgos todos los pasos para transferirse a una cama, silla común y a silla de ruedas en tiempo razonable. (3 puntos)

2-VESTIDO

NIVEL I

- 1-El paciente debe reconocer las prendas y saber a que parte del cuerpo corresponden, como así también su parte delantera, trasera, el derecho y revés de las mismas. (1 punto)
- 2-Puede sacarse al menos una prenda del tren superior (remera, saco, camisa). Dentro del ítem queda incluido el equipamiento de tren superior (sling, etc.). Se acepta para su aprobación la indicación verbal pero no la asistencia.(1 punto)
- 3-Puede quitarse calzado de ambos pies con o sin dispositivos de ayuda. Queda incluido el equipamiento de tren inferior, si posee. (0,50 puntos)
- 4- Idem medias. No incluye para mujeres las medias enteras. (0,50 puntos)
- 5-El paciente debe ser capaz de abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres (no engancharlos), separar velcros. No se incluyen botones chicos ni de mangas. (0,50 puntos)

NIVEL II

- 6- El paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente con o sin supervisión. Debe conocer la forma de colocarse equipamiento de tren superior. (1 punto)
- 7-Debe colocarse ambos zapatos, puede valerse de dispositivos. No se incluye ajuste de cordones o hebillas u otros accesorios. También debe conocer la forma de colocarse equipamiento de tren inferior. (1 punto)
- 8-Debe colocarse ambas medias, puede valerse de dispositivos. (quedan excluidos medias de nylon o enteras).(0,50 puntos)
- 9- Puede quitarse prendas de tren inferior incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras. (1 punto)

NIVEL III

- 10- Debe colocarse prendas de tren inferior, puede valerse de dispositivos, también debe colocarse equipamiento de tren inferior si posee. (1 punto)
- 11- El paciente debe manejar las siguientes prendeduras en cualquier ubicación que se encuentre: nudos de zapatos, prender corpiño, nudo corbata, cierres traseros, enganchar cierres, realizar moños. Se da por aprobado aquel que logra como mínimo dos de las descriptas (1 punto)
- 12- El paciente debe vestirse y desvestirse en un tiempo razonable y poder tomar las prendas fuera de su alcance puede utilizar dispositivos de ayuda. Ej: si está en la cama alcanzar de placard o silla. (1 punto)

3-ASEO PERSONAL Y BAÑARSE

NIVEL I

- 1- El paciente debe reconocer los objetos pertinentes, y su correcto uso. (1 punto)
- 2- Debe lavarse y secarse manos y cara. (1 punto)
- 3- Peinado y cepillado completo de dientes, en forma independiente. (1 punto)
- 4- El paciente debe realizar su higiene mayor, sentado y colaborar en el enjabonado de tronco, MMSS y cabeza. Puede hacer uso de adaptaciones si lo requiere. (1 punto)

NIVEL II

- 5- El paciente debe poder manejar grifos con o sin adaptación. (1 punto)
- 6- El paciente debe ser capaz de afeitarse utilizando cualquier tipo de máquina. Las mujeres deben ser capaces de maquillarse y depilarse (con máquina, pinza) (1 punto)
- 7- El paciente debe ser capaz de alternar con bipedestación enjabonando, enjuagando y secando todo su cuerpo. También debe lavar su cabeza. No incluye traslado y transferencias. Se acepta mínima ayuda o supervisión. (1 punto)

NIVEL III

- 8- Debe realizar el punto 7.- sin custodia. (1 punto)
- 9- Debe ser capaz de trasladarse, ingresar, alcanzar objetos fuera de su alcance y egresar. (2 puntos)

4-ALIMENTACIÓN

NIVEL I

- 1- El paciente debe reconocer utensilios por uso y función y organizar los mismos sobre la mesa en forma adecuada. (1 punto)
- 2- El paciente debe ser capaz de tomar y manejar la cuchara y el tenedor, puede valerse de adaptaciones si lo requiere. No se evalúa el manejo del cuchillo pero si su toma. (1 punto)
- 3- Beber líquido de un vaso común o adaptado sin ayuda de un tercero. (1 punto)

NIVEL II

- 4- El paciente debe ser capaz de cortar alimentos blandos y semiduros Ej: albóndigas, tortillas, tartas, postres, pastas etc. Puede valerse de adaptaciones. (1 punto)
- 5- El paciente debe desenroscar una tapa de botella (no sellada) y servirse en un vaso no necesariamente debe estar completa la botella. También debe servirse de jarra. (1 punto)
- 6- El paciente debe ser capaz de untar pan y galletitas, como así también pelar alimentos. (puede valerse de adaptaciones) (1 punto)

NIVEL III

- 7- El paciente puede cortar todo tipo de alimento, puede valerse de adaptaciones. (1 punto)
- 8- El paciente debe abrir botella sellada y servirse de la misma. (1 punto)
- 8- El paciente debe ser capaz de alcanzar alimentos y objetos fuera de su alcance. (1 punto)
- 9- El paciente debe ser capaz de realizar todas las acciones que componen la alimentación en un tiempo razonable. (1 punto)

5-DESPLAZAMIENTOS

NIVEL I

- 1- El paciente debe posicionar sus miembros e iniciar movimiento de silla de ruedas. Puede requerir la ayuda en el inicio de la acción. (1* punto)
- 2- Debe desplazarse hasta 10 mts sin ayuda ni evidenciar signos de fatiga. (1* punto)
- 3- El paciente bipedesta y realiza desplazamientos cortos, puede valerse de ayuda marcha y supervisión. (5 puntos)

NIVEL II

- 4- El paciente debe caminar 45 mts con ayuda o supervisión, puede valerse de ayuda marcha. (4 puntos)
- 5- Maneja silla de ruedas mas de 45 mts sin ayuda. (6* puntos)
- 6- El paciente debe retroceder, girar, acomodarse en una mesa, lavatorio, sortear obstáculos. (2* puntos)

7- El paciente debe poder dar pasos hacia atrás, girar, hacer pasos laterales y poder ubicarse en la mesa (1 punto)

NIVEL III

8- Camina en forma segura más de 45 mts sin supervisión puede valerse de ayuda marcha no con andador, en un tiempo razonable. (5 puntos)

* PARA PACIENTES QUE NO DEAMBULAN

6-SENTARSE Y SALIR DEL TOILETE

NIVEL I

1- El paciente debe ser capaz de reconocer los elementos pertinentes e indicar a un tercero en que acciones debe asistirlo. (0.50 puntos)

2- El paciente logra una transferencia asistida por un tercero al sanitario, y asistencia para mantenerse en bipedestación. (0.50 puntos)

3- El paciente requiere de un tercero para quitarse y colocarse prendas e higienizarse genitales y/o uso de papel higiénico. (1 punto)

NIVEL II

4- El paciente hace uso de sanitarios pero requiere de supervisión. Puede requerir de mínima asistencia para completar la acción. Ej: abrocharse botón, alcanzar papel o prendas caídas (puede usar barras) (3 puntos)

NIVEL III

5- El paciente es capaz de ingresar, transferirse, abrocharse y desabrocharse ropa, usar el sanitario sin ayuda de un tercero, requiriendo solo de custodia. Puede usar barra de pared. (3 puntos)

6- Debe realizar el punto 5 en forma independiente y sin correr riesgos. (2 puntos)

7-SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

NIVEL I

1- El paciente es capaz de subir y bajar escaleras, escalón por escalón. Puede valerse de pasamanos, bastones muletas o ayuda de un tercero. (3 puntos)

NIVEL II

2- El paciente sube y baja escaleras en forma alternada tomado de pasamanos con ayuda o supervisión de un tercero. (3 puntos)

NIVEL III

3- El paciente debe ser capaz de subir y bajar un piso de escalera sin peligro ayuda o supervisión. Puede valerse del pasamanos. Debe poder cargar ayuda marcha si es que utiliza (4 puntos)

8-CONTROL DE INTENTINOS Y VEJIGA

NIVEL I

1- El paciente es capaz de reconocer la sensación y avisar a un tercero para su asistencia. (3 puntos)

2- El paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción. (3 puntos)

NIVEL II

3- El paciente puede utilizar aparatos externos (chatas, papagayos) puede requerir ayuda para su alcance. También debe utilizar papel higiénico. Los que realizan cateterismo deben hacerlo en forma independiente. (4 puntos)

NIVEL III

4- El paciente es capaz de controlar su vejiga de noche y de día, los que utilizan bolsa de pierna ponérsela, vaciarla y limpiarla solo, mantenerse secos 24 horas. (5 puntos)

5- Controlar sus intestinos. Aplicar supositorios y enemas para aquellos que fueron entrenados. (5 puntos)

STAFF

Editora- Directora
T.O. Andrea Manzón

Subdirectora
T.O. Carolina López

Consejo Editorial
T.O. Ana Ceneviva
T.O. Mónica von Wernich

Colaboradores
T.O. Ma. Rita Martínez Antón
T.O. Paula Mantero
T.O. Ma. Juliana Sánchez Vissani
Lorena Rodríguez
Paula Cagliolo
Leda Aguado
Stella Maris López
Laura Moreno

Diseño Gráfico
Gabriel Grosso Tel.: (01) 384-8338/9862

Impreso en
Graphic impresores
Tel.: (01) 384-8339/9862

Colaboran en este número
Terapeutas Ocupacionales
Bárbara Tyldesley (WFOT)
Lidia Cistoldi
Alicia Torre
Gladys Cangini
Marcela Stefanolo
Verónica De Cillis
Mirta Lavallén
Gladys Martínez
Cecilia Cañadas
Viviana Rossi
Dr. Daniel Favalli
Luis San Román

Registro de Propiedad Intelectual en Trámite
ISSN 0328-7890
Propietaria Andrea S. Manzón

Correspondencia:
Gral. L. Mansilla 2665
(1425) Capital Federal
Tel. (01) 962-1101
FAX (01) 786-6833 / 964-0091
E-mail: andre@fsoc.com.ar

Los artículos publicados en
MATERIA PRIMA
pueden ser reproducidos total o parcialmente en cualquier
soporte, citando la fuente y el autor.
La editora no se hace responsable por las opiniones expresadas
en los artículos o por las personas entrevistadas, las que
quedarán bajo exclusiva responsabilidad de los autores.

*Sustancia elemental, que se transforma
con la acción enérgica del trabajo, cuya
esencia permanece inmutable.*

terriA
S M A

Editorial

Sumario

Editorial

1

Estilos

Entrevista Al Dr. José Luis Cao,
Analista Institucional.

2

Del Exterior

Comunicación Con Bárbara
Tyllesley, Presidente De La
Federación Mundial De T.O.

5

Dossier

"La Evaluación"

9

De Producción Nacional

"Modalidad De Abordaje De La
Autoatención: Presentación De
Un Programa De Entrenamiento
En Independencia Personal".

21

Il Parte

"A.N.T.O."

"Acontecer Chubutense"

25

Reporte

26

Noticias

27

Otra Puerta

"El Gordo, Los Gatos y La
Memoria"

28

Correo de Lectores

30

Agenda

32

Matices

"Mujeres" por Saracen

Al sur de América nació una idea que, plasmada en cuatro voluntades, se convirtió en un desafío. Tomar la brújula y sentar las bases fue sólo el comienzo, como todo intento en estas latitudes requeriría constancia y creatividad, habría que pelearla...

Pensar, buscar, elegir, conducir, sortear, imaginar, arribar, tirar, escuchar, pedir, soñar, escribir, apostar... Procesos coexistentes en nuestro **primer año**, donde muchos sumaron sus manos, sus voces y sus almas a las nuestras para seguir creciendo.

Diseñar, observar, recibir, madurar, construir, confiar, abrir, conquistar, probar, crear...

Compromiso y energía gestaron este fenómeno de la comunicación, permitiéndonos una utopía en medio de la difícil coyuntura.

Materia Prima, con estilo propio, criterio amplio y seriedad profesional permitió un espacio de encuentro y pudimos acercarnos.

Muchas veces nos preguntamos si tenía sentido seguir, si aportábamos algo a nuestra comunidad. La respuesta llegó desde distintos puntos del país a través de elogios y críticas que fueron concensuando esta publicación.

Este medio de comunicación nació con la maravillosa vocación de posibilitar un soporte más, para pensar cuestiones referidas al amplio y poco explorado campo de la **ocupación humana**.

Conocemos y palpamos la tensa situación que atravesamos: despidos injustificados, reducciones horarias, ejercicio de un rol no siempre reconocido, sueldos magros que obligan al aumento de horas de trabajo restando tiempo al estudio y la investigación.

Panorama vivido por cualquier habitante de estas tierras, en esta **Latinoamérica** que padece anhelando tiempos mejores.

Aún así, la capacidad de nuestros colegas argentinos, el esfuerzo realizado desde los inestables lugares de trabajo, la energía desplegada para ejercer un rol digno, suman una riqueza potencial a nuestra comunidad profesional.

En medio de la marcada globalización, influenciados por teorías producidas en y para otras latitudes, es una responsabilidad compartida seguir desarrollando juntos nuestra identidad profesional.

Es nuestra obligación acercarle material de distintos orígenes, confiamos en que la lectura crítica y reflexiva fortalecerá una visión abarcadora de los procesos que estamos transitando. Dependerá de todos el perfil de terapeuta ocupacional que construyamos para el próximo milenio; el riesgo de no repensar nuestra identidad, contemplando nuestras características culturales, es ser sólo una copia fiel de otras regiones "más desarrolladas".

Desde aquí, reciban nuestro reconocimiento todos aquellos que se animaron a escribir sus ideas y nuestro aliento, quienes las están pensando.

Nos complace que los crecientes lectores, profesionales y alumnos de diversas disciplinas, hayan comprendido que este espacio, plural e independiente, hace tangible el intercambio, el debate y la reflexión.

Renovamos nuestro compromiso, volvemos a decirle gracias... y como siempre, aquí los esperamos.

Andrea Monzón



Estilos

TRANSITANDO POR LA DIALÉCTICA INSTITUCIONAL

por Andrea Monzón

Ya no es factible enfocar la labor terapéutico-asistencial, la integración y funcionamiento de equipos interdisciplinarios y dejar de lado el marco institucional, porque la institución constituye un nivel de realidad psicosocial y sociocultural en la cual se inserta la práctica profesional condicionando dicha labor, sus resultados y posibilidades, así como la conducta de todos y cada uno de sus integrantes.

Materia Prima se entrevistó con el Licenciado José Luis Cao, para tener en cuenta y operar sobre algunas cuestiones relacionadas con nuestro trabajo.

Médico, psicoanalista, mitólogo; supervisor, asesor y analista institucional, está en contacto desde hace varios años con terapeutas ocupacionales y hoy comparte sus impresiones acerca de las instituciones.

¿De qué hablamos cuando decimos "institución"?

Es un tema complejo, la noción de institución ha ido cambiando. La terminología ha evolucionado; antes se planteaba como institución simplemente a un establecimiento, al espacio físico en el cual se desarrollaba una tarea en común. Se ha avanzado bastante hasta plantear incluso la no necesidad de una existencia física, sería un orden lógico más ligado a lo imaginario y a lo simbólico que a una estructura real.

La institución humana no tiene un sólo discurso. Puede tener uno preponderante, un objetivo explícito. Al tener una mirada psicoanalítica no sólo apunto a los objetivos, a los fundamentos, al organigrama, sino a la relación entre el discurso explícito e implícito (a lo que no está dicho pero que de alguna manera, cuando irrumpe como síntoma, provoca alteraciones de distinto tipo y hace que los equipos se enfermen, física o psíquicamente).

La noción de institucionalista, psicología institucional o análisis institucional no es demasiado extensa en la historia; a partir de la segunda guerra mundial hay una serie de preocupaciones de los países anglosajones por la problemática institucional.

Uno puede decir que la escuela anglosajona se diferencia de la escuela francesa, digamos latina. La primera, a partir de la década del '50 se preocupó muchísimo más por lo organizacional, tratando lo institucional como

una cuestión simplemente organizacional; mientras que, la escuela francesa y latina (Pichon Riviere, Bleger, Ulloa) ha desarrollado una idea filosófica de las instituciones, con una preocupación por lo institucional que va más allá de la organización. En los norteamericanos, más pragmáticos, lo organizacional es predominante, por eso el gran desarrollo empresario. No hay demasiados cuestionamientos acerca de lo institucional, no se analizan ni los odios, ni los rencores, ni los mitos, ni los rumores. Simplemente se funciona.

¿Cómo podríamos clasificarlas?

No soy muy afecto a las denominaciones ni a las nosografías porque pienso que esclerosan el funcionamiento mental. Bien podrían clasificarse en recreativas, religiosas, de salud, educación, estatales o gubernamentales, privadas, empresas; en función de los roles, los status, del modelo operacional, la fundamentación, del origen, de los objetivos explícitos. Pero a mí me interesa ver a la institución como una especie de organismo vivo, un lugar donde se van a dar permanentemente todo tipo de conflictos, donde intervienen distintos tipos de factores políticos, sociales, económicos y donde se condensan y explotan ese tipo de conflictos.

Allí se ordenan distintos modelos de discurso, por eso la institución es algo tan complejo y complicado; se entrecruzan, a veces se repelen, otras se complementan distintos tipos de discursos.

¿Para qué se crearon las instituciones?

Las instituciones están armadas por el ser humano como una ilusión, desde "el porvenir de una ilusión" y no tiene más remedio que caer en el malestar en la cultura.

Es un intento humano de generar un espacio donde, de alguna manera, se borre o atenúe el sufrimiento. Este sería un aspecto para lo cual las instituciones se crean.

Pero a poco de andar, empieza a darse cuenta de que la institución empieza a fallar en cuanto a sus expectativas. Se frustra, las quiere cambiar, modificar y ahí empiezan las luchas: un grupo intenta tomar la institución e impulsarla hacia situaciones nuevas, otros se resisten al paso del tiempo y a los cambios, tomando posiciones conservadoras.

Vale para esto lo que decía sobre el matrimonio (que es una institución) Bernard Shaw: es como un castillo sitiado, los que están afuera quieren entrar y los que están adentro quieren salir. Esto marcaría un poco este estado de ilusión y



frustración, inherente al hombre y a todos los productos que genera. Podría explicarlo tomando lo que plantea Freud en *Las tres fuentes del humano sufrimiento*: lo perecedero del cuerpo, la presencia de la muerte y la difícil forma de estructurar las relaciones sociales, a fin de asegurarnos la paz para el espíritu.

Las instituciones son lo más creativo que tiene el ser humano y lo más destructivo, porque se hacen a su imagen y semejanza. Los celos, la envidia, el amor, la traición, todo se va a dar en las instituciones a pesar de este intento jurídico de ordenarlas, incluso de escribir una letra, hasta un texto sagrado.

Para armar una institución no basta con uno, requiere de otros, y la presencia de este otro al mismo tiempo que habilita la posibilidad de la institución, empieza a tornarse complicada. Mantienen un cierto equilibrio durante un tiempo en relación con sus objetivos, sus planteos conscientes e inconscientes, sus rituales, mitos creacionales; luego se tornan conflictivas y ahí ocurren cosas, alguien se expulsa, alguien ingresa, alguien arma otra institución especular con respecto a la primera o contraria. Siempre movimiento. Es un planteo dialéctico.

¿Qué papel juega un equipo interdisciplinario?

Una vez que se constituye, el equipo es la trama. Es la red que sostiene y, como el equilibrista, trabaja seguro cuando la hay. La institución puede ser una red o puede ser un agujero en la red, depende de como esté constituida. Si el equipo logra armar una red y desde la estructura del poder se sostiene la red, ésta puede permitir que los pacientes también encuentren una red y se produce un efecto terapéutico. Pero si tiene agujeros por todos lados, el hilo se corta por lo más delgado, hay un ataque a la red, eso vuelve en contra; ya no es una institución de salud y podría hasta ser una institución iatrogénica, que en vez de curar, enferma.

¿Qué observó en la relación T.O., equipo, institución?

En el peor de los casos no hay equipo y el T.O. está sólo, a veces ocupando un mero rol para complimentar una formalidad frente a las obras sociales.

En el otro extremo, un T.O. puede formar parte de un equipo de pares y juntos desarrollar tareas homogéneas, aún con distinta óptica de acuerdo a la profesión.

En algunas clínicas se utiliza al T.O. como mero

relleno de un organigrama, con el mismo criterio que al médico de guardia o el enfermero.

Casi siempre el T.O. ocupa un lugar de sostén en la institución, sin quererlo o sin saberlo. Tiene que ver con algo que Graciela Calderone trabajó en el tema acerca del intersticio, basado en el sostén de este intersticio, de esta trama, de esta red que no es gratuito, porque si el T.O. no está sostenido desde algún lugar, supervisado por terapeutas de mayor experiencia, de un equipo, de una terapia de la tarea, corre bastantes riesgos, porque sobre él se impactan las vicisitudes de trabajo.

He visto en estudiantes de T.O. una perspectiva casi utópica, romántica, de reparar al otro, sin percibir que van a trabajar en instituciones de alto nivel de complejidad y peligrosidad, en todo sentido, para su propia salud. Las más difíciles de una comunidad (manicomios, hospitales psiquiátricos, lugares de rehabilitación, geriátricos), lugares donde está jugando la vida y la muerte. Al tener poca conciencia del funcionamiento de las instituciones, el hecho de que no tenga elementos para poder manejarse, y simplemente lo haga por experiencia, es doble riesgo.

¿Por qué los considera "lugares de riesgo"?

Son los lugares donde la sociedad deposita sus marginalidades, creados para no ver patologías físicas, psíquicas y sociales, que producen un ataque, sobre todo a la estética postmoderna. La gente linda es toda gente que baila, salta, conduce un auto y anda con un celular en la mano. Un viejo, un loco, un oligofrénico le recuerda a esa sociedad algo que no quiere saber y trata de expulsar.

Es en esos lugares de expulsión es donde trabajan los terapeutas para recuperar a esta gente al circuito de lo social incluido.

El T.O. suele quedar atrapado en el lugar de la demanda sin darse cuenta de que es el jamón del sandwich, presionado entre el paciente, la familia y los directivos. Si no se corre, explota por algún lado.

Háblenos acerca del análisis institucional

Es una tarea que tiene variables, depende de la demanda, de quién y qué pida.

En general se llama a un analista institucional cuando hay una falla en el funcionamiento de la institución, generalmente se pide tarde.

El equipo suele tener mayor conciencia e interés en poder pensar lo que pasa y hacer una terapia de la tarea. La dirección de la institución generalmente reduce todo a un sistema

organizacional o no le importa, que es lo más común, aún cuando esto lo perjudique, y cuando se cae, le hecha la culpa a la crisis económica, al mercado, a la política.

Los enfermeros y terapeutas, a veces los psicólogos, están ubicados en un lugar de intersticio, en un lugar de sostén de la institución y perciben con un alerta mucho más claro la problemática institucional.

Hay muchas variables en juego, hay que tener mucho respeto profesional, mucha ética, guardar el secreto profesional.

Con el pedido de un análisis institucional hay un cierto deseo de que alguien venga a poner una palabra y diga algo que los pueda ayudar a pensar un cierto orden lógico.

Las intervenciones son desde la indicación de una modificación arquitectónica, una interpretación, algún señalamiento verbal apuntando a cuestiones como haber detectado un "pecado original", es decir, un problema que surge de la inauguración de la institución.

Puede hacerse en una sola reunión o una vez por mes durante tres años, no hay algo fijo. Si dada la cantidad de variables, alguna no las puede resolver (una problemática financiera, económica, legal) hay que darle curso por otro territorio, teniendo cuidado con la omnipotencia.

Las instituciones "psi", muchas veces tienen como destino el autoanálisis, reuniones infinitas para hablar de distintas cosas, donde no se resuelve nada y entonces el destino pareciera no ser atender a los pacientes. O el mismo hospital público, el destino no es la cura, a pesar de que se dice, puede serlo en el sentido de ocupar números, estadísticas, conformar opiniones políticas. Hay instituciones privadas cuyo destino es el beneficio económico y podrían poner un geriátrico como podrían poner una fábrica de galletitas. Esto es importantísimo en el sentido de que están descolocados o desfasados los objetivos explícitos e implícitos.

¿Han cambiado los motivos de consulta, debido la crisis?

Si, ahora la gente recurre más al pedido de un análisis, asesoramiento, o supervisión institucional, porque hay una especie de incursión desde lo real, de lo exterior que empapa fuertemente lo institucional y que necesariamente obliga a una especie de adaptación activa al mundo exterior. El profesional ya no puede vivir en babia, tiene que tomar conciencia de la sociedad en la que vive.

Ha habido una especie de degradación de la profesión liberal, primero con los maestros,

después los médicos, y seguramente ocurrirá con otras profesiones. Con una concentración del poder y del poder económico, el profesional pasa a ser un simple trabajador, pero no en el sentido enaltecedor de la palabra sino en el sentido de que ya no se forma más, no se prepara, corre de un lado para el otro, trabaja veinte horas por días, una situación mucho más precaria.

¿Daría alguna sugerencia como medida preventiva?

Aunque soy escéptico me considero optimista, en el sentido en que se hace camino al andar. La institución no necesariamente es una cosa mala, es un intento por resolver conflictos humanos, a veces se fracasa, otras se triunfa; forma parte de la misma dialéctica de la vida.

Sugeriría a los terapeutas algunas cuestiones como alternativas de prevención, una es la continuación de la formación teórica, permitir la posibilidad de aparición de la conceptualización, para no quedar pegados simplemente a una mera técnica, tecnología o artesanía, porque no es el objetivo de una carrera de esta naturaleza (hay algunas profesionales que están intentando el armado teórico y la conceptualización). Si vos podés conceptualizar y aún avanzar más, podés hacer una teoría, tenés mayor posibilidad de conocimiento de la cultura, y mayor posibilidad de participación; sino quedás pegado a la practicidad.

Por otro lado me parece importante el conocimiento de la propia identidad, con el reconocimiento de las posibilidades y el límite que tiene la profesión. (Sé que Paula Mantero y Mariana Soria están reconstruyendo la historia pasada para crear un sostén).

El tema de la supervisión con terapeutas de más experiencia es una cuestión indispensable. Estas condiciones van generando la trama.

También tener reuniones de equipo en los lugares de trabajo, para que haya una especie de intercambio interdisciplinario, un espacio que posibilite la reflexión sobre la problemática de la tarea, ya no de la específica, sino del marco

institucional en el cual se desenvuelve. Cuando hice supervisiones, lo que vi fue una situación muy rica, muy creativa ya que al estar en el intersticio percibe cosas que no perciben el resto de los profesionales, que hacen como un recorte de la realidad. Les da un lugar hasta privilegiado, pero bueno, a eso hay que darle una vuelta de rosca, si uno piensa recupera el sentido de lo que hace.

Los terapeutas tienen ciertas claves para poder comprenderlo, pero no tienen el espacio para hablar acerca de esto, de la problemática de la muerte, aspectos filosóficos, éticos. La formación filosófica me parece esencial y creo que no tiene que quedar sólo librado a cada uno.

Inmersos en tantos cambios, ¿se puede vislumbrar hacia dónde van las instituciones?

No quisiera ser apocalíptico...los modelos institucionales parecieran tender, sobre todo por el modelo que plantea el neoliberalismo, hacia modelos de mayor autoritarismo, mayor control social, mayor explotación y mayor conformidad de cierto modelo de concentración del poder y de establecer al individuo como un número.

Pero la historia no es una concatenación de hechos sin sentido, sino que el sentido es la dialéctica, precisamente el cambio. Si hay algo que permanece constante es el cambio.

Las instituciones tienen su propia dialéctica, emergen, se desarrollan, llegan a su apogeo, comienza su decadencia y terminan por su propia dialéctica, hasta dar lugar a otras.

La institución humana posibilita los cambios, los coagula y después los vuelve a posibilitar.

El futuro es pronosticable pero es inadivisible, porque son tantos los factores que están en juego... Ningún imperio pudo sobrevivir más allá de su momento de decadencia, lo que no se sabe es cuándo es ese momento y cuáles son los cambios que provocan los sistemas. Hay un proverbio del taoísmo que a mí me sirve para entender las instituciones: "cuanto más se expande, más se aleja del centro". Ese descentramiento provoca el nuevo período histórico que es la contracción.

Las instituciones cambian, se modifican. Se podría pensar que las multinacionales van a copar todo el universo institucional y todo el mundo va a pasar a ser un obrero o empleado de una multinacional y esto va a tener consecuencias para el ser humano; pero también podría ocurrir que la gente se cansa del hiperconsumo y quiera consumir muy poco, creando un rechazo sobre el consumo y

esto, directamente modificaría la producción y el criterio de la institución multinacional.

¿Descubrió algún mito a través del contacto con terapeutas ocupacionales?

El mito tiene dos caras simultáneas, devela y oculta. Es una creencia, muchas veces tiene un ritual que lo sostiene.

Quiero tener cuidado, que no se tome como una generalización, es sólo lo que he observado...hay ciertas creencias que sostienen, algunas de las cuales puede, como toda creencia, volverse en contra del sujeto. Una de ellas es "la mujer maravilla", o "la Madre Tresa de Calcuta", es decir, quedar ubicadas en un lugar omnipotente, de poder sostener en sí misma no ya al paciente, sino toda la situación que lo engloba y trasciende. Ese lugar omnipotente es, muchas veces, alimentado por las instituciones y sus directivos.

La creencia tiene un aspecto positivo, el que impulsa el deseo, pero un aspecto negativo que es cuando se trasciende el límite de la propia creencia. Todo mito tiene su propio límite. Al no reconocer el límite se sigue de largo y puede encontrarse como hablábamos antes "lejos del centro".

En los lugares más críticos de la sociedad, donde el ser humano y lo social se descarnan con una fuerza impresionante, el terapeuta está metido con todo, con la miseria, el dolor, el sufrimiento psíquico, físico y social, está metido ahí (no sólo el T.O., el enfermero, el asistente social) en el lugar de choque. A veces están sin salvavidas y eso me preocupa, por eso hay que ayudar a armar la trama.

Inglés
Todo el año

- Individual y grupal
- Todos los niveles

Material específico de T.O.
(01) 796-0917 / 811-9884

Lic. Norma Medina
Terapias breves,
individual y familiar
544-4197

Lic. Marcela Conte
Terapia individual y grupal
983-7677

FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES

Materia Prima mantuvo comunicación epistolar con Bárbara Tyldesley, presidente de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).

Desde Liverpool Inglaterra, nuestra colega respondió con sumo interés a nuestras inquietudes, aportando información sobre la historia de la Federación, sus funciones y objetivos, los países miembros y las relaciones con otras organizaciones; ofreciendo su impresión personal acerca de la actualidad y del futuro de la Terapia Ocupacional a nivel mundial, especialmente en países latinoamericanos.

(Recordemos que Argentina participa en la Federación desde 1970, cuando fue admitida como miembro completo).

Acerca De La Historia De La WFOT

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) fue fundada oficialmente en abril de 1952, como organización profesional internacional. Los 10 países miembros fundadores fueron: Australia, Canadá, Dinamarca, India, Israel, Nueva Zelanda, Sud África, Suecia, Inglaterra y Estados Unidos.

Siete años después, la WFOT fue reconocida por la OMS y en 1993 por las Naciones Unidas (como organización no gubernamental).

El Consejo Internacional de la WFOT se reunió en Hong Kong (1992) para celebrar su 40° aniversario, en nombre de los 43 países miembros.

Concepto Profesional y Filosofía De La Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional es la evaluación y tratamiento a través de el uso específico de la

actividad seleccionada.

Esta actividad es diseñada y graduada por el Terapeuta Ocupacional para estimular y guiar a pacientes / clientes incapacitados temporaria o permanentemente por problemas físicos, mentales, sociales o del desarrollo.

El propósito es prevenir la incapacidad, promover la óptima función, habilidad y destrezas para lograr y mantener independencia en el autocuidado, en el trabajo y en ambiente social y cotidiano.

El tratamiento se realiza en gran variedad de instituciones, en la comunidad o el domicilio de la persona, e incluye evaluación, interpretación y la aplicación seleccionada de actividades sensoriomotoras, cognitivas y psicosociales, análisis de la actividad, diseño y fabricación de ortésis, ayudas técnicas y equipos de adaptación, incluyendo modificaciones ambientales.

La Misión De La Federación

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales promueve la Terapia Ocupacional como un arte y una ciencia. Apoya el desarrollo, uso y práctica de la Terapia Ocupacional a lo largo del mundo demostrando su relevancia y contribución a la sociedad.

(declaración aceptada por los delegados internacionales, en la última reunión de Consejo, el 24 de marzo de 1996 en Nairobi, Kenya).

Países Miembros / Actualidad

Integran la WFOT 39 países miembros completos que poseen una organización nacional con una constitución aprobada por la Federación y programas educativos que reúnen las normas internacionales mínimas para la educación de terapeutas ocupacionales. Estos países son: Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Dinamarca, Finlandia,



Francia, Alemania, Grecia, Hong Kong, Islandia, India, Irlanda, Israel, Japón, Jordania, Kenya, Malasia, Malta, Países Bajos, Nueva Zelandia, Noruega, Pakistán, Filipinas, Portugal, República de China (Taiwán), Singapur, África Del sur, España, Suecia, Suiza, U. K., U. S. A., Venezuela y Zimbawe.

Además, 7 países miembros tienen asociación profesional con constitución aprobada, pero no cuentan con programas educativos: Bermudas, El Caribe, Chipre, Italia, Luxemburgo, Nigeria y Sri Lanka.

"La Federación tiene registrados cerca de 80.000 profesionales de las asociaciones de los países mencionados, 5.250 de los cuales están subscriptos como miembros individuales para tener acceso directo a la red mundial, a través del boletín de la WFOT.

En relación a los países no miembros "... la WFOT los contacta, en cualquier parte del mundo, por medio del Comité de Relaciones Internacionales, para ver si desean convertirse en miembros. Algunos no cuentan con una asociación completamente organizada, lo que hace muy difícil considerar su afiliación; para ello, se ofrece apoyo y orientación. Ésto, frecuen-

temente es el comienzo de una nueva mirada en relación al profesionalismo en ese país en particular..." (B.K.)

Delegados

Cada país miembro debe elegir sus propios delegados ante la Federación, dependiendo los métodos utilizados de cada asociación profesional. Por ejemplo: **"...en el Reino Unido el delegado es nombrado y luego el Consejo de la Asociación es particularmente cuidadoso en el modo en cual lo escoge, dado que éste tiene que llevar el mandato de la asociación del país que representa al Consejo de la Federación Mundial..." (B.K.)**

Fondos

La fondos de la WFOT son suministrados a través de los costos de suscripción de países miembros y de miembros individuales. El trabajo de los funcionarios ejecutivos es pagado por la Federación (honorario base).

"...El costo de asociarse a la WFOT es pensado sobre la base del número de Terapeutas Ocupacionales que pagan la suscripción a la Asociación de su país. Un número pequeño de países, con una población grande de Terapeutas Ocupacionales, pagan suscripciones más altas en relación a otros. Además, muchos países tienen un gran número de

terapeutas que se suscriben como miembros individuales, lo cual brinda un dinero adicional para pagar el financiamiento para la participación..." (B.K.)

Metas y Funciones De WFOT

- Actuar como la organización internacional oficial para promoción de terapia ocupacional y estimular el flujo global de la información llevando a cabo un Congreso internacional cada cuatro años.
- Alentar la actividad regional y el trabajo en conjunto entre los terapeutas ocupacionales, y con profesionales relacionados.
- Mantener normas internacionales reconocidas para la educación de terapeutas ocupacionales.
- Mantener la ética profesional y advertir sobre las normas de la práctica.
- Facilitar el intercambio internacional entre profesionales y estudiantes.
- Alentar publicaciones e investigación.
- Desarrollar y mantener relaciones con otras organizaciones internacionales.
- Involucrarse en asuntos donde los terapeutas ocupacionales puedan contribuir a la producción de normas y leyes de prevención, asistencia y rehabilitación.

"...si bien la Federación estimula el intercambio estudiantil y profesional, no cuenta con un sistema de apoyo financiero

SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

- actividades recreativas y escolares
- internación domiciliaria
- orientación a profesionales

Tel.: 01-833-6107 - Lic. Alderete

PROXIMA APARICION INTRODUCCION A TERAPIA OCUPACIONAL

Marcos conceptuales

LILIANA SBRILLER

Catálogos

Av. Independencia 1860 (1225) Bs As

Te (01) 381-5708 Fax (01) 381-5878



para ésto. En Europa, con la nueva Unión Europea, hay fondos disponibles para el intercambio. En países lejanos lo hacen los mismos estudiantes, buscando financiamiento de patrocinadores (gastos de viaje y mantenimiento)".

"En cuanto a promover el intercambio de información y publicaciones, el boletín de la Federación Mundial es un espacio común para que todos los miembros puedan publicar algunos temas en su propio idioma, y una vez por año cada país tiene la oportunidad de presentar sus propias investigaciones y artículos de noticias en la página informativa al final del boletín. Cualquier otro intercambio de publicaciones debe ser realizado a través de Escuelas, o profesionales independientes, financiándose por suscripción..." (B.K.)

Organización / Trabajo En Red

Cada dos años el plantel ejecutivo de la WFOT y los delegados oficiales de las asociaciones nacionales se reúnen en un país miembro para una Reunión de Consejo (una semana) para tratar los asuntos de la Federación, considerar la aceptación de miembros nuevos y determinar la situación financiera.

Todos los delegados asistentes son nombrados para trabajar, durante el intervalo de dos años, en una de las 6 comisiones: Congreso, Educación, Relaciones Internacionales, Legislación, Práctica Profesional y Publicaciones.

En la actualidad se está considerando un cambio

en la organización de dichas comisiones para que haya una integración más vertical. Un ex miembro del comité ejecutivo trabajará como consultor ejecutivo por los próximos dos años, con la opción de continuar por dos años más si esto fuera necesario.

"...los gastos de los delegados son pagados por las Asociaciones de cada país y éstas pueden solicitar apoyo del fondo de participación de la WFOT para cada reunión de Consejo en particular. El financiamiento que brinda en estos casos el fondo de participación, se calcula sobre la base del salario anual del Terapeuta Ocupacional del país que lo solicita, más la tarifa aérea de clase económica del país donde la reunión de Consejo toma lugar. Los países que aparentemente tienen problemas más grandes para enviar su delegado reciben así el apoyo del Fondo de Participación de la WFOT. Como este fondo es en gran parte pagado por miembros individuales, éstos en cualquier país saben que una parte pequeña de su suscripción sirve para apoyar a los delegados de otros países para visitar y participar de las reuniones de Consejo de la WFOT..." (B.K.)

Supervisiones

- Teórico-Clínicas
Silvia Destuet
Terapeuta Ocupacional
Tel.: (01) 541-9758

Cooperación Con Otras Organizaciones Mundiales

La WFOT tiene contacto directo con otras organizaciones internacionales tales como UNICEF, UNESCO, INIA, OMS y todas sus oficinas Regionales, PAHO, Rehabilitación internacional (RI), Consejo Internacional en Incapacidad (ICOD), y la Confederación Mundial de Fisioterapeutas (WCPT).

La naturaleza de estas relaciones tienen que ver con el intercambio de información, actualización de correspondencia, representación en encuentros y participación en tareas concretas.

Por ejemplo:

- (OMS/ WFOT/WCPT) Producción de un manual de fácil lectura sobre el cuidado de niños con parálisis cerebral en ambientes rurales y marginales, más dos manuales que están en proceso de publicación sobre el cuidado de pacientes con lesiones medulares y espina bífida.
- Colaboración de la WFOT con la OMS y el COTEC (comité de terapeutas ocupacionales en comunidades europeas) en un proyecto de investigación sobre cuidado post-traumático.
- Participación con INIA en el desarrollo de un curso educativo multidisciplinario en el cuidado de ancianos, diseñado para áreas del mundo donde este problema emerge.

Grupo de estudio

"Debilidad mental y T.O."

T.O.Fernada Zamora

(01) 545-8342

GRUPO DE ESTUDIO

"Conceptos básicos en Psicoanálisis"

- Dirigido a profesionales de la salud

Lic. Javier Vicente Manovello

Lic. Marcela Temes

(01) 543-4300



Terapia Ocupacional En El Mundo

"...me es difícil comparar país con país a lo largo del mundo ya que cada uno tiene políticas de salud y sistemas de cuidado diferentes. Todos se esfuerzan por servir a una amplia población de discapacitados, enfermos mentales, con dificultades de aprendizaje, adictos a drogas, con HIV, lo mejor que pueden. Algunos han desarrollado un sistema de comunicación muy bueno con la publicación de revistas, diarios y boletines, que ayudan a difundir información. Es trabajo de cada Asociación organizarse de modo tal que, el entusiasmo y la energía de los Terapeutas Ocupacionales sirva para participar en métodos de acción. En este

momento hay muchos campos de Terapia Ocupacional que están siendo descubiertos y a los cuales nosotros contribuimos positivamente. Por ejemplo: manejo del dolor, HIV, formas de cuidado paliativo, rehabilitación de trastornos mentales crónicos.

En el norte y sur de América, Venezuela, y Chile se hacen trabajos con neonatos; y otros en rehabilitación, basados en la comunidad, asistiendo en el nivel medio con la formación de trabajadores que se involucren en las propias comunidades y utilicen sus recursos..."

"...según lo aprobado en la última reunión de Consejo de Nairobi, la Federación Mundial ha designado 10.000 dólares para aquellas zonas que no cuentan con un grupo regional coordinado. Las dos regiones que presentan más necesidad de

este dinero en la actualidad son Sudamérica y África. Una vez que estas dos regiones hayan logrado establecer una red de comunicación y colaboración, esperamos poder inaugurar un nuevo grupo de apoyo regional en el Este Medio y en la India..."

"...es muy importante que los Argentinos utilicen su iniciativa y entusiasmo para mantener contacto internacional, más aún dado que están tan lejos y aislados por dos grandes océanos. Sería muy beneficioso que los países del Sur de América sean capaces de planear y organizar alguna forma de reunión cooperativa con delegados de cada país, para reunir sus entusiasmos comunes y profesionalismo y desarrollar un Grupo Americano Regional. La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales proveerá fondos ayudando en los costos de viaje para que puedan encontrarse en un lugar de reunión común..." (B.K.)

Murdoch s.r.l.

*Empresa de Mudanzas
atendida por sus dueños*

*Traslados de oficinas
y particulares*

Descuentos a T.O.

Paraguay 2727 1ºP

(01) 790-5551 6185

**• Diseño de Muebles
y Lámparas**

• Decoración

Tel.: (01) 951-3657

**TODOS
PODEMOS
CANTAR**

**Técnicas
Manejo Respiratorio**

*Animate y probá esta inagotable
forma de expresión
Flga. Patricia Menutti 362-7315*

DOSSIER

LA EVALUACION

Las evaluaciones plantean un trasfondo filosófico y ético no muy debatidos entre los terapeutas ocupacionales.

Quién, qué y para qué se evalúan son preguntas que no siempre se formulan a la hora de utilizarlas en nuestra práctica profesional. Movidos por el interés de saber desde dónde se aborda frecuentemente este tema confirmamos que, generalmente, el terapeuta ocupacional queda situado en el lugar del "saber" y "la verdad". Ser observador implica un posicionamiento que impondrá tomar algún tipo de parámetro, casi siempre el de la "normalidad" y así considerar que desde la observación se sabe acerca del otro, para luego desarrollar y modificar algo.

Transitamos un límite delgado con el riesgo de otorgarle al instrumento utilizado la visión de la realidad, de la única verdad.

Sin pretender agotar la nutrida bibliografía existente presentamos hoy algunos conceptos de uso frecuente sobre la evaluación.

Este recorrido nos ha llevado a pensar que, desde una perspectiva holística, tal vez sea prudente reconocer la necesidad de una

evaluación desde el propio implicado en la situación, lo que conlleva a desprendernos de viejos arquetipos para construir desde otras posibles verdades. Dada la complejidad que reviste este tema, sólo presentaremos un acercamiento a algunos aspectos; otras perspectivas las iremos desarrollando en futuras ediciones.

LA EVALUACIÓN Y LA VALORACIÓN: PROCESOS COMPLEMENTARIOS

Un proceso de intervención requiere del terapeuta, en primera instancia, la recopilación de información relativa al paciente y a su situación. Generalmente, una vez observada la acción, se evalúa también el resultado usando el razonamiento clínico para interpretar los datos, hacer los juicios necesarios y tomar decisiones en base a éstos. Cabe consignar que en la bibliografía consultada se presentan distintas formas de explicar y aplicar los conceptos evaluación y valoración. En este dossier serán adoptados tal como se utilizan en la práctica británica.

Evaluación, acciones tales como examinar, medir, testear u observar al paciente, usando formatos estructurados y comparando el

desempeño observado a un criterio, norma o estándares específicos.

Valoración, proceso de determinar el valor de los resultados o "darles un sentido" en relación al individuo; monitorear y juzgar el éxito de las intervenciones futuras en cuanto a lo medido, según los cambios en los resultados evaluados.

Si bien estos dos procesos deben ir juntos y están tan estrechamente relacionados que a menudo se usan como sinónimos, la evaluación se limita a la recolección de datos y es independiente de la interpretación y de la valoración. (Advertimos que en los textos americanos estos significados se utilizan a la inversa. La valoración se refiere a los "datos recolectados bajo procedimientos específicos", mientras que la evaluación produce un "cuadro compuesto del funcionamiento del paciente"). La confusión parece inevitable sin la aceptación de una terminología uniforme mundial.

La evaluación es un término frecuentemente mal empleado, "hacer una evaluación conlleva el peligro de volverse un fin en sí mismo al "hacer una evaluación". Cobra sentido cuando se evalúa con un propósito: obtener información precisa sobre la cual se puede planificar, adaptar o concluir la intervención.



Desde terapia ocupacional, algunas posturas la relacionan con la identificación de habilidades o disfunciones de un individuo (actor comprometido en una actividad), haciendo hincapié en la naturaleza del desempeño individual en toda su complejidad -lo que la persona hace, lo que necesita hacer y lo que ella quiere hacer-. La actividad y el entorno presentan demandas que pueden ser analizadas, lo importante es determinar cuán lejos está el individuo de cumplir con éstas, y qué ayuda requerirá para hacerlo.

La evaluación puede ser:

A) - Descriptiva: es una mirada objetiva actual de la persona en comparación con alguna norma, escala o estándar predeterminado.

- Valorativa: nota los cambios a través del tiempo.

- Pronóstica o Predictiva: hace una relación de cómo sería el individuo, en consecuencia, en una situación dada en algún punto del tiempo futuro.

La descriptiva es, relativamente, la más simple, ya que requiere observación aguda, medición y registro en una sola ocasión, sin implicancias para el pasado o el futuro.

La valorativa, más compleja, es una evaluación secuencial que implica un alto grado de confiabilidad y validez si los resultados requieren comparación. La pronóstica es la más difícil de las tres, ya que las predicciones están basadas en probabilidades cargadas de complejidad en el área del desempeño humano, y de un conjunto de problemas relacionados con la validez del procedimiento o del instrumento de evaluación.

B) - Informal: en el curso de otro contacto con el paciente, la observación puede ser en el escenario natural notado como significativo por el terapeuta. Así como las observaciones son en su mayoría descriptivas, también pueden ser valorativas.

- Formal: un suceso en un tiempo determinado, en circunstancias predeterminadas, para un proyecto específico; registrado precisa y estructuradamente. Suelen ser descriptivas, valorativas o predictivas.

El hecho de obtener mucha infor-

mación a través de métodos informales, ha aumentado la confusión relacionada con la evaluación. Por ejemplo: ¿Cuándo la práctica de vestirse es un ejercicio terapéutico para el paciente, y cuándo se convierte en evaluación?. Según esta postura, si bien el método puede ser similar y los procesos simultáneos, no son lo mismo. Registrar hechos en una ficha no es sinónimo de evaluación, requiere de la observación crítica y la comparación con algún criterio o estándar elegido.

C) - Estandarizadas: conjunto de procedimientos y resultados que pueden ser comparados y confrontados con puntajes normativos obtenidos al testear una muestra seleccionada y suficiente de individuos. El procedimiento es consistente si ha sido testeado.

- No Estandarizadas: no se relacionan con puntajes normativos o testeados para la confiabilidad o validez. Lo más útil para éstas es el criterio, es decir

para ello. Juzgar la conveniencia es cuestión de mirar críticamente el instrumento o método de evaluación propuesto y confirmar que proveerá la información requerida.

Una evaluación debería brindar alguna información específica que no es posible obtener de otra manera.

Los objetivos de la evaluación pueden ser:

Descripción:

- para diagnosticar (describir la naturaleza del problema, condición o situación desde una perspectiva ocupacional.)
- para identificar la disfunción (notar las instancias específicas de la disfunción en los roles, vínculos o actividades y relacionarlas con un nivel de disfunción, basándose en algún criterio.)
- para explorar respuestas subjetivas (percepción del paciente y respuestas relacionadas.)

Valoración:

- para establecer una línea base

(planificar la terapia, la intervención o cuantificar el cambio.)

- para medir (capacidad física específica, nivel de destreza o habilidad.)
- para registrar progresos (medir por medios objetivos si han ocurrido mejoras o deterioros.)
- para cuantificar el aprendizaje (ver si el aprendizaje ha sido efectivo.)
- para alentar acerca de los progresos (al paciente, cuidador o terapeuta.)
- para proveer datos de resultados (los resultados evaluados pueden ser usados para propósitos directivos cuando el servicio de evaluación es eficaz.)

Predicción:

- para que el terapeuta planee acciones futuras (necesidad de terapia o intervención.)
- para estimular al paciente (a tomar decisiones acerca del futuro personal y las acciones.)
- para informar a los otros profesionales (ya que ellos pueden incluir esta información en su propia toma de decisiones.)

R. Smith explora los conflictos que pueden producirse entre estos propósitos. Señala cómo el acer-

una evaluación en la que se usa como línea de partida algún desempeño individual u objetivo.

Métodos De Evaluación Estandarizados

Involucra frecuentemente el uso de un instrumento, una forma con una escala de puntaje, por medio de la cual se registra y mide el desempeño de alguna tarea cuidadosamente estructurada o una actividad normal.

Tanto el formato del instrumento como la situación son cruciales, ya que el resultado depende de ellos. La evaluación estandarizada presenta particularidades en su *utilidad, construcción y administración.*

1- UTILIDAD

1.1 Objetivo

Se refiere a la intención del terapeuta al evaluar y a la selección de la evaluación apropiada



camiento reduccionista, necesario para obtener datos sólidos cuantificables, con resultados confiables, puede estar en desacuerdo con la perspectiva holística y fenomenológica requerida para dar un cuadro significativo de la función individual.

1.2 Aplicabilidad Clínica

Algunos tests son genéricos, otros son diseñados para ser relevantes a una condición específica, grupo etario o situación. El terapeuta debe tener cuidado al usarlos en otras circunstancias de aquellas para las cuales fueron diseñados, ya que los resultados pueden ser invalidados, a menos que se reestandaricen.

1.3 Practicidad

Las consideraciones más importantes son: la complejidad o la simplicidad del procedimiento del test, la necesidad de un

equipamiento o condiciones ambientales especiales y el tiempo requerido para administrar el test o realizar la observación. También debe ser considerado el grado de experiencia requerida.

2- CONSTRUCCIÓN

2.1 Validez

Determina si se logra el alcance de medida que establece un test. Las evaluaciones en terapia ocupacional varían según los autores. Hay diferentes tipos de validez e interpretaciones de éstas y la aplicabilidad de dichos conceptos deberían ser críticamente revisados, nótese que este lenguaje deriva en su mayoría de la psicología o la investigación.

Un test válido debería :

- * pronosticar un criterio certeramente.
- * correlacionarlo con la conducta actual.
- * probar un conjunto representativo del contenido en cuestión.
- * estar relacionado con una red
- * de construcciones teóricas.

La validez puede ser :

- *Aparente*: es la reelevancia superficial del test en relación al propósito del mismo.
- *De contenido*: examina cuidadosamente la aplicabilidad y alcance completo del área a ser evaluada, juzgados por los estándares usuales del conocimiento y experiencia profesional.
- *De construcción*: significa que el test mide realmente los cambios que el diseñador había predicho que iba a medir.
- *De criterio*: es el concepto de validez más complejo. El criterio es una medida a través de la cual el éxito de un test predictivo es verificado.

La validez de criterio (o empírico) se relaciona a la validez predictiva del test. Es posible desarrollar un coeficiente de correlación entre los puntajes de los primeros tests y el desempeño posterior. Si este vínculo es alto, el valor predictivo del test es considerado como bueno. Comúnmente en terapia ocupacional, puede haber un criterio que el investigador no quiera aceptar como medida exacta del concepto a ser evaluado. Esto es conocido como el criterio problema. En este

caso, para confirmar la validez de construcción, debe investigarse primero una teoría que pronostique que se puede relacionar el desempeño o puntaje del test con los eventos subsecuentes y segundo, que el test en cuestión produzca resultados acordes a tales expectativas teóricas.

La palabra criterio se usa también, de manera imprecisa, para indicar una forma de medición donde el estándar individual u objetivo se toma como punto de referencia, antes que las normas para una población total. Esto es llamado evaluación de criterio de referencia, en oposición a la norma de referencia.

Por ejemplo si una persona podía, antes de un accidente, levantar un objeto de cierto peso, entonces la habilidad para levantar ese objeto al final de la terapia puede ser usado como criterio para medir si la terapia ha logrado su objetivo.

- *Concurrente*: confirma si el resultado del test se relaciona correctamente con otras medidas de una misma cosa. Esto implica retestear al paciente usando diferentes tests, lo que puede ser posible en un set de investigación y desarrollo, pero parece poco probable en una situación clínica. La comprobación de otros tests con el Índice de Barthel es un ejemplo de esto.

2.2 Confiabilidad

Un test confiable siempre produce resultados similares cuando las situaciones provistas son comparables.

La confiabilidad puede ser :

- *Interrelacionada*: (también conocida como *ínter-evaluadores*, *ínter-puntaje*) considera que se producen resultados idénticos o al menos muy similares, lógicos y consistentes cuando diferentes personas usan la misma evaluación en la misma persona, ya sea al mismo tiempo o en momentos diferentes.

- *Intrarelacionada*: una persona puede dar resultados similares cuando se usa la misma medida en ocasiones sucesivas.

- *Paralela*: cuando los tests de una misma cosa producen resultados equiparables.

- *Estabilidad temporal*: cuando un test es administrado a una persona o grupo, en dos ocasiones diferentes dando los mismos resultados, sin ninguna intervención u otra circunstancia que modifique la situación.

- *De población específica*: está relacionada a los tests diseñados para una población particular; si los resultados son confiables para dicha población, no pueden ser generalizados a otras, ya que requerirían re-estandarización. Fisher, por ejemplo, describe el uso de la evaluación de destrezas motoras y procesos (AMPS) sobre una población Taiwanesa para confirmar la validez y confiabilidad para esa población.

2.3 Sensibilidad

Las evaluaciones más valiosas son aquellas que discriminan una gran cantidad de tipos o niveles de desempeño. Consecuentemente la información que brindan puede ser usada diagnósticamente para diferenciar entre tipos de problemas, niveles de desempeño y resultados predictivos.

La sensibilidad combina contenidos específicos y apropiados con métodos exactos de puntaje o medida.



2.4 Puntaje

Es una cuestión técnica que requiere competencia en el cálculo y conocimiento en estadística.

Para obtener un puntaje es necesario definir los estándares de desempeño esperados. Si el test es estandarizado esto se logra con una cuidadosa investigación de las normas de desempeño, usando una muestra suficiente de sujetos.

Si la evaluación es no estandarizada, común en terapia ocupacional, el puntaje se diseña sobre la base de supuestos acerca del desempeño normal o de efectos verosímiles de disfunción. Pueden ser totalizados y expresados como porcentaje, como promedio o en pruebas más sofisticadas, como desviaciones estándares.

Si bien la estandarización es un proceso lento, engorroso y poco práctico para los terapeutas, es esencial utilizar una escala de clasificación consensuada por todos los usuarios.

Los sistemas de puntaje y la definición de cada nivel deben exponerse claramente, sin ambigüedades, evitando el riesgo de interpretaciones erróneas.

Se debería evitar el uso de palabras confusas como bueno o pobre, aún las escalas aparentemente claras pueden resultar confusas. Por ejemplo, una escala para desempeño provista de 4 puntos: 0 - es inhábil, 1 - requiere ayuda, 2 - necesidad de supervisión, 3 - es independiente, ¿Qué significa independiente, y cuál es la diferencia entre ayuda y supervisión? A menos que se brinden las definiciones, diferentes observadores tomarán distintas clasificaciones.

Dichas escalas frecuentemente implican una norma.

Una evaluación aislada es de poco valor práctico ya que evalúa solamente una ejecución o condición durante un espacio pequeño de tiempo, que puede o no ser representativo. Es más conveniente la evaluación secuencial. El primer test se usa para establecer una base y compararlo en el futuro con los sucesivos del mismo paciente.

3- ADMINISTRACIÓN

3.1 Instrucciones

Una evaluación confiable y válida debe tener un formato fijo e instrucciones para usuarios donde se defina la terminología, los sistemas de puntaje, la organización y los procedimientos específicos del test.

3.2 Entrenamiento

Para algunos tests estandarizados (por ejemplo los psicométricos) es esencial el entrenamiento, sin éste su implementación está prohibida.

El entrenamiento no solamente mejora la habilidad para administrar las pruebas, puede además mostrar dificultades en el diseño, administración, confiabilidad interrelacionada u otros puntos que al ser resueltos, mejorarían el formato.

3.3 Procedimiento

El procedimiento debe establecer las condiciones bajo las cuales es llevada a cabo la evaluación. Especifica la necesidad de equipo, secuencia, señales e instrucciones verbales especiales.

En evaluaciones informales, especialmente en observaciones realizadas en ambientes cotidianos, las condiciones son más flexibles, pero es necesario registrar y explicar las demandas del entorno, los factores sociales y otras influencias relevantes.

Problemas en el Proceso de Evaluación

Las dificultades en el proceso de evaluación están relacionadas con:

- Problemas técnicos en el diseño de la evaluación y en la administración.
- Problemas derivados de la naturaleza de terapia ocupacional y de los tipos de evaluaciones que requieren los terapeutas.
- Problemas que afectan la objetividad del evaluador.
- Problemas que afectan a la persona a evaluar.

Los problemas técnicos y la naturaleza de la evaluación en terapia ocupacional

Considerando que aún los tests estandarizados bien contruidos tienen sus problemas, los procedimientos no estandarizados, usados comunmente por los terapeutas, estan aún más sujetos a crítica.

Las evaluaciones guiadas por una *norma de referencia* dependen del uso de datos correctamente investigados y se aplican solamente en circunstancias definidas. Todavía es escasa la información con respecto a las normas y estándares de desempeño ocupacional, fundamentales para las evaluaciones de terapia ocupacional.

Las evaluaciones que se guían por un *criterio de referencia* también requieren cuidadosa investigación y desarrollo. Es difícil hallar un criterio simple de desempeño funcional apropiado para todos los pacientes. Sin embargo, es posible desarrollar un conjunto de criterios para un individuo, el cual se confronta midiendo el valor predictivo de los resultados. En la práctica, generalmente, se definen una serie de objetivos específicos para un individuo, y se mide su grado de logro. De esta manera el interés se centra en si el paciente, ha alcanzado una meta personal relacionada a un criterio de habilidad con respecto al desempeño pasado o deseado más que a un nivel ideal de competencia. Los resultados evaluados son usados tanto valorativamente, para medir el progreso hacia estas metas, como predictivamente para ver si las mismas son posibles de alcanzar.

Si, al mismo tiempo, la evaluación muestra un importante valor predictivo, para muchos pacientes aumenta su validez de construcción y confiabilidad.

La metodología de las evaluaciones estandarizadas formales fue desarrollada en gran parte por psicólogos, kinesiólogos y otros investigadores, quienes se dedicaron a aislar y medir, por ejemplo: componentes de ejecución musculares, rasgos y efectos de las intervenciones. En nuestra profesión, cuanto más alto es el recorrido por los niveles de desempeño ocupacional, más difícil es diseñar una evaluación válida y confiable en términos científicos.

Es posible hacer observaciones específicas, con un grado razonable de precisión, de funciones físicas o cognitivas medibles, de la ejecución de componentes de tareas o de tareas sencillas aisladas. Las demandas de ejecución y del medio ambiente pueden ser controladas y restringidas. En todas estas áreas, el terapeuta se preocupa solamente del nivel proto-ocupacional. Es relativamente fácil diseñar un test para medir un componente de habilidad específico; el problema principal

es aislar la habilidad. A la inversa, las evaluaciones científicas son más difíciles al explorar funciones complejas e integradas, ejecución de actividades completas o cadenas de actividades, en ambientes reales, donde los elementos situacionales de ejecución y la motivación son significativos. Demasiadas variables, criterios no precisos y, sencillamente, demasiado ocurriendo al mismo tiempo.

Cuestiones Metodológicas

Las dificultades en la elección de algún marco de referencia no son un argumento para renunciar al desarrollo de una mejor metodología de evaluación, sino para seleccionar un modelo apropiado.

Los marcos de referencia psicométricos o biomecánicos podrían adecuarse para ciertos componentes específicos de habilidad, pero si se evalúan niveles superiores de la escala ocupacional, entonces el terapeuta debe buscar modelos alternativos. Otra cuestión similar es la elección de una metodología de investigación cualitativa o cuantitativa. Los métodos cuantitativos son apropiados cuando hay algo capaz de ser medido desde una forma estadística válida, pero cuando no lo hay, deben usarse otros métodos. Muchas veces los Terapeutas producen evaluaciones cuantitativas con puntajes numéricos ya que es lo que se espera o parece ser más respetado profesionalmente, más que por ser el mejor método de obtener y explicar los datos.



Modelo Pedagógico

R. Hagedorn realiza un paralelismo con el modelo pedagógico para ilustrar una posible aplicabilidad en la metodología de evaluación terapéutica. Toma comentarios de Rowntree e intenta traducirlos en términos terapéuticos.

Rowntree empieza distinguiendo entre evaluación y valoración, de la siguiente manera:

"...usted evalúa a sus estudiantes (pacientes), pero también valora su curso (los métodos y resultados de su terapia). Indica a su vez que el estudiante bien podría ser un participante en su propia evaluación, tratando de conocer acerca de su propio aprendizaje (evolución)..."

Varios autores de terapia ocupacional coinciden con respecto al compromiso del paciente y al interés en su propia situación.

Esta mirada activa de la naturaleza de la evaluación es importante: los psicólogos o los investigadores tienden a hablar de los sujetos como objetos de estudio relativamente pasivos. Este no es el modo en que los terapeutas ven a sus pacientes, ni los educadores a sus alumnos.

Rowntree propone algunas razones para las evaluaciones educativas; y Hagedorn sugiere equivalentes para terapia ocupacional (entre paréntesis):

- para motivar a los estudiantes (pacientes / clientes)
- para lograr feedback con los estudiantes (pacientes)
- para lograr feedback con los profesores (terapeutas / otros)
- para preparar estudiantes (clientes / pacientes) para la vida real.

Esto se ve condensado en dos propósitos principales: para enseñarle al estudiante y /o para

que conozca sobre sí mismo. Dichos objetivos parecen muy pertinentes a la práctica de terapia ocupacional, especialmente respecto al uso de la evaluación como medio de motivación y feedback, y como una parte integral del proceso terapéutico / de aprendizaje.

Los educadores, así como los terapeutas ocupacionales, hablan de habilidad, conocimiento y aptitudes. Las actividades requieren la integración de los componentes cognitivos y de aptitud tanto como los de ejecución. La evaluación considera los tres elementos.

Para los educadores, también es importante la evaluación y se enfrentan al hecho de tener que involucrar al estudiante en dicho proceso, exponen la cuestión de la confiabilidad y la validez como problema mayor, y han tomado varios caminos para superar las dificultades, con sus ventajas y desventajas.

Las opciones varían desde pruebas tipo examen controlado,



situaciones complejas que no logran resolver, ordenadamente, en grupos estadísticos comparables. En general en T.O. no se han explorado aún métodos sociológicos para evaluar, aunque se reconoce su valor como herramienta de investigación. Mientras se acepta que los métodos sociológicos usualmente están desarrollados para observar grupos, sería posible adaptarlos para el uso con individuos.

La mayoría de estas metodologías depende de una gran habilidad de observación. Las formas de observación están definidas y clasificadas (Polgar & Thomas)

- observación no participante: se observa desde fuera de la escena.
- observador completo: quien no interactúa con los participantes, ni descubre su propósito.
- observación participante: el observador forma parte de la situación estudiada, usando un enfoque cultural para comprender la situación.

pruebas abiertas que el estudiante puede completar en su propio tiempo, a la autoevaluación.

Además, la discusión se centra en si debería ser intermitente, secuencial o continua.

Se sugiere entonces, que el modelo pedagógico podría proveer una metodología de evaluación apropiada para el desempeño en un nivel efectivo, y a su vez existe una gran necesidad de investigación referente a la aplicabilidad de estos métodos en terapia ocupacional.

Modelo Sociológico

Los sociólogos, así como los terapeutas, toman una perspectiva fenomenológica y en consecuencia han adoptado métodos cualitativos de investigación. Probablemente deberían hablar de investigación y observación antes que de evaluación. Ellos realizan evaluaciones y juicios en base a la recolección de datos y, como los terapeutas ocupacionales, se enfrentan a

- participante completo: quien está totalmente inmerso y forma parte de la situación.
- participante como observador: quien participa completamente y revela su identidad como observador.

Un punto a tener en cuenta es el efecto del observador sobre el sujeto. El conocimiento de ser evaluado y la consecuente atención extra desde el evaluador puede en sí mismo mejorar la ejecución (el efecto Hawthorne), o a la inversa, provocar ansiedad o problemas de conducta. El observador completo puede ser visto como una presencia amenazante y el participante completo podría involucrarse subjetivamente en la situación. Las expectativas del evaluador con respecto al éxito o fracaso del paciente pueden alterar la manera de observar y la interpretación de los resultados, tanto en dirección



positiva como negativa (el efecto Rosenthal).

En el terapeuta puede influir también su deseo de ver al paciente mejorar, no sólo por el bien del mismo, sino también por su propia necesidad. Estudios realizados por Sweeney, con Terapeutas Ocupacionales, muestran como causa de tensión significativa la falta de progreso del paciente.

Recolección De Información.

Lo prioritario para la evaluación es obtener información. Puede ser de historias clínicas, archivos, entrevistas al paciente, parientes, u otros profesionales.

Recabar información no es en sí

mismo una evaluación, pero la valoración de dicha información indica si la misma es necesaria y sugiere cuál debe utilizarse.

Los terapeutas usan el conocimiento clínico básico para discriminar los puntos pertinentes o irrelevantes al recoger la información, sobre la base de alguna hipótesis preliminar.

Evaluación Objetiva

Es fundamental intentar ser precisos al obtener y registrar los datos de las acciones observables, interacciones o condición del paciente. Así mismo, deben considerarse los problemas de prejuicio o expectativas del observador y los efectos en el desempeño por ser observado. Es cuestionable el hecho que un observador pueda ser verdaderamente objetivo; es posible, al menos, ser consciente de esto y reducir las tendencias hacia la subjetividad.

Este tipo de evaluación depende del conocimiento de los puntos sobresalientes y de la atención focalizada. La observación objetiva es una habilidad que debe ser aprendida, desarrollada y practicada.

Los principios de la evaluación objetiva son :

- **Observación aguda**
- **Precisión**
- **Registro claro de los datos**
- **Reproductibilidad.**

En relación a la reproductibilidad, si los datos son requeridos a fin de realizar un estudio secuencial de progreso o deterioro, es importante que las circunstancias de la evaluación puedan ser repetidas. Estas no sólo se refieren a la misma prueba o tarea, bajo circunstancias semejantes, sino también en el mismo momento del

Evaluación Subjetiva

La autoevaluación para un paciente puede ser solamente un método para investigar sus percepciones y preocupaciones personales.

Aunque tales datos son difíciles de probar, sin embargo son reveladores, especialmente si hay una discrepancia entre la autoevaluación y la evaluación objetiva.

Esta clase de datos sirven de base de discusión para el establecimiento de objetivos.

(Algunos tests subjetivos son estandarizados, tal como aquellos que requieren que el sujeto seleccione una declaración con la que está de acuerdo).

Ensayo De Evaluación

Debe considerarse la necesidad de éste y tener en cuenta el hecho de que haya ocurrido. La evaluación en terapia ocupacional frecuentemente se realiza después de un período de práctica. Cuando el objetivo es mejorar el desempeño esto no crea problemas. En este tipo de situación de desarrollo de una evaluación, se

día y con el mismo evaluador.

En algún test de desempeño, sin embargo, el paciente puede sencillamente aprender a realizarlo, sin generalizar necesariamente el desempeño en otras actividades.

Podría ser necesario repetir la evaluación en diferentes momentos y ámbitos, si el propósito es probar si las habilidades son consistentes y generalizables. El terapeuta, usando el análisis de la actividad, provee situaciones de evaluación que, aunque aparentemente diferentes, en realidad testean las mismas habilidades.

toma un promedio de una serie de ejecuciones o "el mejor esfuerzo", como el resultado de la prueba.

Teniendo presente los modelos pedagógicos de evaluación, si uno de los objetivos es proveer a la persona de feedback y motivación, es importante entonces que se favorezca el éxito dentro de la situación. Algunas pruebas permiten un período de familiarización con tareas equivalentes y entonces se usan artículos diferentes para la prueba real. El sobreensayo puede resultar contraproducente, resultado en un aprendizaje para hacer la prueba pero no en un desempeño funcional adecuado.



Valoración de los Resultados

Interpretación:

Los datos tienen escaso valor a menos que generen alguna forma de acción, decisión o conocimiento adicional. Luego de la evaluación, la información se usa para implementar una intervención. De acuerdo con esto el curso de tratamiento podría ser cambiado, acelerado o suspendido. Cuando la acción es consecuencia de la evaluación, los datos que están relacionados deben ser claramente registrados. Esto requiere experiencia y el uso del razonamiento clínico.

La evaluación secuencial debería mostrar una curva estable. Sin embargo, si los resultados muestran un patrón en zigzag en el cual el desempeño parece fluctuar imprevisiblemente, el terapeuta reconoce una anomalía en el patrón y busca hallar una razón para esto; la condición del paciente, un factor del medio ambiente o un efecto de la terapia; o poner en duda la validez del proceso de la evaluación.

La Evaluación Como Forma De Investigación

Una evaluación estructurada provee a su vez datos necesarios

para una investigación. Como ya se ha tratado, muchas de las técnicas de análisis de desempeño están relacionadas con los métodos cualitativos, donde se realiza la descripción o comparación cuantificada.

Aún los diseños de investigación de sujetos singulares pueden ser usados para responder a cuestiones clínicas e indicar ventajas y desventajas de variadas formas de diseño. El terapeuta, como investigador, puede estructurar una situación de prueba, observar, registrar los datos y evaluar luego los resultados.

Una investigación básica provee normas, estándares y criterios. La aplicada ayuda a probar y validar las evaluaciones. La cualitativa puede tanto iluminar el proceso de tratamiento como proveer información sobre la cual formular la

teoría y valoración de evaluaciones u observaciones, especialmente en áreas más complejas, subjetivas y experimentales.

"Cada quien enfrenta sus propias limitaciones en el camino de la investigación; sin embargo, a medida que se avanza, se despejan dudas, se profundiza en el conocimiento del problema y se alcanza una mayor comprensión del mismo. Esto sólo se logra si nos atrevemos a penetrar en la montaña de datos, en las lagunas teóricas existentes, en la maleza plagada por innumerables hechos sociales en los que nuestro pensamiento corre el riesgo de quedar atrapado"

(Raúl Rojas Soriano)

Fuentes Bibliográficas Consultadas:

- T.O. Rosemary Hagerdon, Occupational Therapy: Perspective and Process. 1995
- T.O. Helen D. Smith, Assessment and Evaluation: an overview. 1993
- T.O. N. Gillete, Occupational Therapy and Mental health. 1971
- reed & Sanderson. Concepts of Occupational Therapy. 1980

De Produccion Nacional

MODALIDAD DE ABORDAJE DE LA AUTOATENCIÓN: PRESENTACION DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN INDEPENDENCIA PERSONAL (P.E.I.P)

SEGUNDA PARTE

BATERIA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA AUTOATENCIÓN

T.O. Marcela Stefanolo *

T.O. Verónica De Cillis **

- INTRODUCCIÓN

Desde 1993 el Programa de Entrenamiento en Independencia Personal (P.E.I.P.) (1) fue sufriendo importantes transformaciones, enriqueciéndose con aportes teóricos, metodológicos y prácticos.

El BARTHEL INDEX (2) fue utilizado en sus inicios como instrumento de medición, al no evidenciar cambios significativos en la evolución de la autonomía del paciente nos encontramos con la necesidad de crear una ficha que se ajustara a las características del programa.

Durante el transcurso del año 1996, el P.E.I.P. (3) realizó una adaptación al BARTHEL INDEX y creó una FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO propia (inicial, de entrenamiento, final y autoevaluación).

ACTIVIDAD DE FIN DE SEMANA

- BASQUET
- ATLETISMO
- NATACION

(en natatorio climatizado)

DISCAPACITADOS LEVES

ADOLFO MASARICHE
(PSICOMOTRICISTA)

Tel.: (01) 785-7796
Radiollamado 6700-670

ESTUDIO CONTABLE

Herrero
Moranelli y Asoc.

Asesoramiento a T.O.
636-2447

Grupo de investigación vivencial
"Creatividad y Medios Expresivos"

Actividad mensual

Susana Salsamendi
Antropóloga

01-983-8484 • Fax 01-958-1650
Consulte por actividades en el interior

FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO del P.E.I.P. (adaptación del INDEX BARTHEL)

ACTIVIDADES	FECHA	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	Pje.	100%
1-TRANSFERENCIA A) B) C) D)		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 3 3		15
2-VESTIDO A) B C) D)		1 1 0,5 0,5 0,5 1 1 0,5 0,5 0,5 1 1 0,5 0,5 0,5 1 1 0,5 0,5 0,5	1 1 0,5 1 1 1 0,5 1 1 1 0,5 1 1 1 0,5 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		10
3-ASEO PERSONAL Y BAÑARSE A) B) C) D)		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 2 1 2 1 2 1 2		10
4-ALIMENTACION A) B) C) D)		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		10
5-DESPLAZAMIENTO A) B) C) D)		1* 1* 5 1* 1* 5 1* 1* 5 1* 1* 5	4 6* 2* 1 4 6* 2* 1 4 6* 2* 1 4 6* 2* 1	5 5 5 5		10* 15
6-SENTARSE Y SALIR DE TOILET A) B) C) D)		0,5 0,5 1 0,5 0,5 1 0,5 0,5 1 0,5 0,5 1	3 3 3 3	3 2 3 2 3 2 3 2		10
7-SUBIR/BAJAR ESCALERAS A) B) C) D)		3 3 3 3	3 3 3 3	4 4 4 4		10
8-CONTROL INTESTINAL Y VEJIGA A) B) C) D)		3 3 3 3 3 3 3 3	4 4 4 4	5 5 5 5 5 5 5 5		20

* Solo para silla de ruedas

A) EVAL. INICIAL:
 B) EVAL. ENTRENAMIENTO:
 C) EVAL. FINAL:
 D) AUTOEVALUACIÓN:

PROTOCOLO

- 1- Esta ficha debe ser usada cada vez que se quiera evaluar el nivel de desempeño del paciente en su autoatención.
- 2- No necesariamente debe ser tomada por el mismo profesional.
- 3- Debe ser tomada en los escenarios cotidianos o lo mas familiares posibles.
- 4- Antes de iniciar se debe explicar al paciente en que consiste la evaluación y su objetivo.
- 5- En la EVALUACIÓN INICIAL se debe registrar lo que el paciente hace y no lo que el paciente podría hacer. Estos datos se recaban del paciente y se cotejan con enfermería y/o familiares.
- 6- En la EVALUACIÓN DE ENTRENAMIENTO DEL P.E.I.P. se registra lo que el paciente alcanzó a realizar por medio de indicaciones, entrenamiento con sus correspondientes adaptaciones si fueran necesarias.
- 7- En la EVALUACIÓN FINAL se debe registrar lo

- que el paciente hace y no lo que el paciente podría hacer al momento próximo a su egreso (alta). Se cotejan logros, mantenimiento o pérdida de acciones alcanzadas.
- 8- En la AUTOEVALUACIÓN se registran las acciones que el paciente dice poder realizar. Se utiliza una guía con los mismos items pero en un lenguaje mas simple.
- Ej: Transferencias Nivel I punto 2 -Cuándo Ud. se levanta lo ayuda otra persona?
- 9- La forma de registrar las acciones realizadas es a través de un círculo, dejando en blanco aquellas que no pueda realizar.
- 10- Todas aquellas acciones que no son necesarias de evaluar por encontrarse el paciente en un nivel mas avanzado, son tomadas como válidas o sea que no queda ninguna acción como NO EVALUABLE. Ej. control intestino y vejiga Nivel I punto 2 (El paciente es capaz de avisar la

- necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción). Si el paciente ya concurre en forma independiente y aún cuando nunca necesitó de este servicio se debe marcar como válida.
- 11- Si el paciente no logra alguna acción del NIVEL I, no se debe descartar la posibilidad de que realice algunas del NIVEL II.
- 12- Esta ficha fue aplicada en pacientes con patologías neurológicas y ortopédicas.
- 13- En el ítem DESPLAZAMIENTOS Los pacientes deben ser evaluados en silla de ruedas (*) o caminando, nunca ambas.
- 14- El Score se logra a través de las sumatorias parciales de cada ítem. La sumatoria de todos los puntajes finales de cada área nos da el puntaje total final: NIVEL DE DESEMPEÑO EN SU AUTOATENCIÓN.

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN

TABLA I

	SCORE DEL P.E.I.P.
NIVEL I 0 - 32.5	Paciente que está en una etapa de ejecución de acciones simples y preliminares, para las cuales dispone de habilidades de procesamiento/motoras básicas.
NIVEL II 33 - 63.5	Paciente que está en una etapa intermedia, presenta un moderado dominio del cuerpo/habilidades motoras. Logra realizar acciones básicas e intermedias, aún requiriendo de supervisión.
NIVEL III 64 - 100	Paciente que está en una etapa de ejecución óptima de las actividades, presenta un adecuado dominio de sus habilidades motoras y de procesamiento, realizándolas en su mayoría en forma independiente.

TABLA II

COMPARACIÓN DE ESCALAS (resumen)

Index Barthel	P.E.I.P
-Instrumento de medición	- Instrumento de evaluación y entrenamiento con una planificación metódica.
- Evalúa las siguientes actividades: 1- TRANSFERENCIA 2- VESTIDO 3- ASEO PERSONAL 4- BAÑARSE 5- ALIMENTACIÓN 6- DESPLAZAMIENTOS 7- SENTARSE Y SALIR TOILET 8- SUBIR/BAJAR ESCALERAS 9- CONTROL INTESTINO 10-CONTROL DE VEJIGA	- Idem. (los puntos 3-4 y 9-10 se unificaron por una cuestión de practicidad para el entrenamiento, pero conservan su puntuación)
- Score: 100	- Score: 100
- La puntuación es global según sea dependiente o independiente.	- La puntuación es más discriminada de acuerdo al rendimiento en cada acción
- No incluye requerimientos cognitivos	- Incluye requerimientos cognitivos
- Rapidez y facilidad en su aplicación	- Requiere de mayor tiempo para su aplicación debido a un estudio más detallado
- Registra cambios notables en la autoatención	- Registra cambios mas sensibles en la autoatención

REFERENCIAS

- (1) VI Jornadas Municipales Hospital "Manuel Rocca", "Programa de Entrenamiento en Independencia Personal". Setiembre 1993.
 (2) Mahoney and Barthel: Functional evaluation; the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14, 61-65, 1965.
 (3) De Cillis Verónica, Stefanolo Marcela: Modalidad de Abordaje de la autoatención: presentación de un programa de entrenamiento en independencia personal (P.E.I.P.). Materia Prima Nro. 3, 21-24, 1997.

CURRICULUM

* T.O. del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Supervisora de Prácticas Clínicas de la ENTO, UNQUI Y UNIV. NAC. DE MAR DEL PLATA.

** T.O. del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Supervisora de Prácticas Clínicas de la ENTO Y UNQUI. Docente de la Cátedra de Ocupaciones Terapéuticas IV y V de la UNQUI

ASOCIACIÓN NECOCHENSE DE TERAPELSTAS OCUPACIONALES (ANTO)

T.O. Mirta Lavallén (Presidente)

Lic. en T.O. Gladys Martínez (Secretaria)

En 1994, un pequeño grupo de T.O., con una idea grande, comenzamos a reunirnos para compartir una tarea común, formar la Asociación Profesional de Necochea.

En 1995, más audaces, organizamos las Jornadas de Psicogeriatría, que fueron dictadas por los profesionales del CEPAD (Centro de Psicogeriatría Asistencial y Docente) y allí la T.O. Magalí Risiga nos aportó técnicas y modalidades de atención; avanzaba el sueño.

En octubre de 1996 realizamos la Asamblea Constitutiva e iniciamos el trámite para obtener la Personería Jurídica de nuestra propia asociación: ANTO.

Como parte del plan de desarrollo en noviembre del '96 invitamos a la Lic. Ana María Papiermester y al Dr. Schocrón para una disertación: "Sida, un nuevo malestar, un nuevo desafío".

A través de estos encuentros nos vinculamos con otras instituciones médicas y educativas y nos comunicamos con los colegas y estudiantes de la región, porque el estar lejos de los grandes centros nos mueve a acortar distancias, promoviendo estos encuentros e intercambios más formales. Ya no es el esfuerzo personal de uno o dos, sino el de todos, beneficiándonos con la experiencia de cada uno. Pudimos acercarnos, conocernos, desde nuestras diferencias rescatar inquietudes y deseos para enlazarnos con otros T.O. agrupados o solitarios que nos cuentan sus reflexiones.

... y ya somos 16 las T.O. que seguimos trabajando para desarrollar nuestra profesión con todas las ganas de hacer conocer nuestra tarea cotidiana.

En estos tiempos de cambios, las T.O. que fuimos concebidas en medio de tantas crisis, estamos aquí dispuestas a reflexionar y a convertir en hechos algunas de nuestras ideas, una vez más.

ACONTECER CHUBUTENSE

*T.O. María Cecilia Cañadas**

*Lic. en T.O. Viviana G. Rossi**

La provincia de Chubut cuenta con distintas zonas sanitarias, hospitales públicos, centros de rehabilitación, centros periféricos y de salud mental. Estos dependen del Si-prosalud (Sistema Provincial de Salud), quién a través de la ley de carrera sanitaria, regula nuestro ejercicio profesional.

En la provincia somos actualmente 21 terapeutas matriculados, pero ejercemos 14 y lo hacemos en la salud pública, centros privados de rehabilitación y salud mental, educación, comunidad y en la recientemente creada Unidad Ejecutora de Prevención Primaria Social (UEPPS). Esta unidad nuclea aproximadamente 7 colegas. Es importante destacar que dos T.O. de la provincia, se encuentran ocupando espacios estratégicos en la toma de decisiones políticas, a nivel provincial y nacional, en temas sociales y de discapacidad. Sin duda, el marco de referencia que nos ha impreso la Terapia Ocupacional es el que diariamente nos posiciona para lograr una real integración social, una mejor calidad de vida en una sociedad cuyos miembros sean tratados como una unidad en relación a otros y no como segmentos en desventaja.

Por otro lado, el actual Plan Provincial de Rehabilitación, recientemente aprobado por Nación, se ha diagramado en base a las

necesidades de la población, pero sobre todo con la participación directa de las T.O. que nos encontramos trabajando en los hospitales cabecera de la provincia.

Creemos que nuestra profesión está bien conceptualizada en la provincia. Los espacios ocupados son conocidos y valorizados por la comunidad.

Han existido varias iniciativas para formar nuestra Asociación, para tener nuestra propia ley de ejercicio y para una comunicación más fluida, pero las grandes distancias geográficas hacen que se torne difícil el encuentro. De todas formas continuaremos trabajamos para ello.

Bregando por un real intercambio profesional, la gente del sur, está a disposición de ustedes.

** Servicio de Rehabilitación del Hospital Santa Teresita de Rawson, Chubut.*

Taller Literario Individual

CLINICA DE LA
CREACION LITERARIA
LIRICO-NARRATIVO

(01) 701-0602 (01) 541-2010

VINCULO

Prevención y asistencia
comunitaria de drogadependencia
y alcoholismo

asesoramiento a profesionales
Tel.: 01-931-1837

Supervisión Grupos de estudio

Guía para consulta bibliográfica

Asesoramiento docente

T.O. María Rita Martínez Antón

Tel.: (01) 432-6040



Reporte

Del 13 al 16 de noviembre de 1996 se llevó a cabo el XXXIV Congreso Argentino de Reumatología en la Ciudad de Mar del Plata. Se realizaron actividades científicas: cursos, conferencias, mesas redondas, capítulos, simposios, exposición de posters, actividades del comité PROSAR (Profesionales de la salud en reumatología). Tuvo lugar la I Reunión de Terapeutas Ocupacionales en Reumatología con el siguiente temario: métodos de evaluación, tratamiento específico y equipamiento. Se acordó mantener dos reuniones a fin de tener trabajados algunos puntos para la II Reunión de T.O. en Reumatología a realizarse en el próximo Congreso (noviembre '97). Otras actividades fueron: "Taller de férulas" (T.O. De Marzo, T.O. Cangini), "T.O. y enfermería" y un "Taller de posiciones funcionales y uso de equipo necesario" (T.O. Cangini, T.O. César)

T.O. Gladys Cangini

En la ciudad de Mar del Plata, entre el 9 y 13 de abril se llevó a cabo el XIX Congreso Argentino de Psiquiatría -APAL- y XII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. "Identidad en la Globalización".

Concurrieron alrededor de 2.000 profesionales de la salud. Debido a la magnitud del evento, las distintas exposiciones fueron realizadas simultáneamente en los Hoteles Sheraton y Costa Galana.

Entre otras, se efectuaron presentaciones de psicofármacos de última generación: Tianeptino, Mirtazapina (antidepresivos) y Olanzapina (neuroléptico). Los días 23 al 26 de abril del año próximo se realizará en Mar del Plata, el XX Congreso Argentino de Psiquiatría "Integración del conocimiento, mente y cerebro".

Dr. Daniel Favalli
Psiquiatra

Se realizaron en la Universidad de Mar del Plata las Primeras Jornadas de Practicantes de Terapia Ocupacional los días 24 y 25 de abril, organizadas por la Cátedra de Práctica Clínica y la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

En las Jornadas se observó una importante concurrencia de alumnos practicantes así como también de supervisores. Asistieron de la Universidad Nacional de La Rioja, La Universidad Nacional de San Martín, la Universidad Nacional de Bs.As. y el Instituto Monseñor Raspanti. Los trabajos se caracterizaron por su rigurosidad metodológica y sustentación teórica, evidenciándose abordajes sumamente creativos.

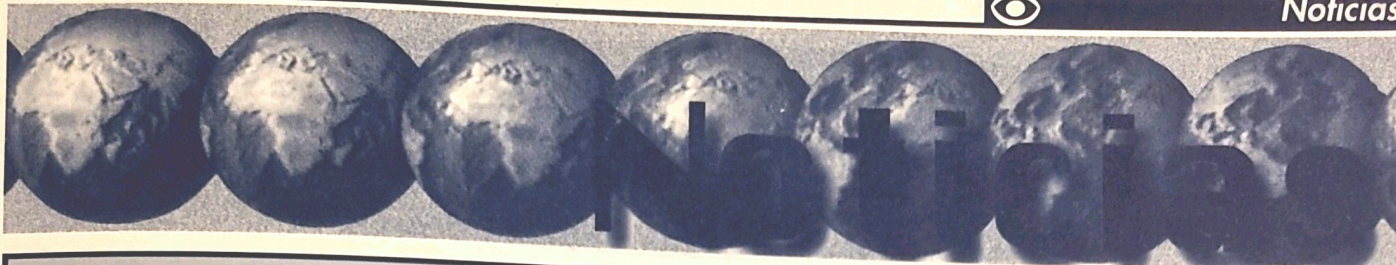
Estas Jornadas abrieron una instancia nueva y a su vez enriquecedora para la T.O. en la cual se inscribe la posibilidad que tiene el alumno de realizar su aporte.

Toma la posta en la realización de las II Jornadas de Practicantes de Terapia Ocupacional, la carrera de T.O. de la Rioja para el año próximo.

T.O. Paula Mantero

Durante los días 11 al 15 de abril tuvo lugar la A.T.O.A. Conferencia Anual y Exposición, en Orlando- Florida, U.S.A.. Los terapeutas ocupacionales participaron de un programa de actividades simultáneas en las áreas de: educación, gerontología, pediatría, discapacidades físicas y mentales, administración e interés general. Los temas fueron abordados bajo diferentes modalidades: posters, forum, mesas redondas, cursos de diferente duración. Cabe destacar que el número aproximado de terapeutas concurrentes al evento era de 7000.

T.O. Lidia Cistoldi



Informamos a nuestros lectores que, por motivos ajenos a la voluntad de los integrantes de Materia Prima, se debió posponer el Ciclo de Conferencias

“EL SENTIDO DEL HACER: UNA PUESTA A FIN DE MILENIO”.

Próximamente recibirá más información sobre este evento, que contará con la participación de destacados profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud.

Desde el mes de abril se lleva a cabo el **1er. Curso de Postgrado en Terapia Ocupacional Gerontológica**, que cuenta con la participación de 49 Terapistas Ocupacionales provenientes de Capital, Gran Bs As, Pigüé y Córdoba. Se han abordado temas como: rol del T.O. en el campo gerontológico, teorías sociales del envejecimiento, farmacología y rehabilitación, evaluación y abordaje. Finaliza en el mes de agosto, con evaluación final y entrega de certificados. A través de los comentarios recibidos nos hacemos partícipes en transmitir nuestras felicitaciones a las colegas Magalí Risiga, Susana Rubistein y Viviana Spierer por su compromiso en la realización de este curso, denominado por sus participantes como “excelente”.

Informe Residencias 1997.

El total de inscriptos en el concurso para Residencias de T.O. en Salud, del Gobierno de la Ciudad de Bs.As., fue de 49 T.O.; graduados en la E.N.T.O. (42), y en las Universidades de Quilmes (4), Mar del Plata (2) y del Litoral (1). El examen tuvo lugar el 26-4 en el Htal. de Clínicas junto al resto de las especialidades, exceptuando medicina. Se presentaron 28 de los inscriptos y el examen constó de 100 preguntas de elección múltiple, siendo el 40% del área psicofísica, 40% de salud mental y el 20% del resto de las materias de la curricula de pregrado. El día 13-5 se presentó en la Dirección de Capacitación

(Htal. Rivadavia) el ranking con un total de 63 respuestas correctas en el primer lugar y de 45 en el último. Lamentablemente y por razones de presupuesto, a último momento se realizó un recorte en la cantidad de cargos disponibles, implicando para T.O. la pérdida de uno de ellos. El día 23-5 a las 9:15 hs. en el Aula Magna del Hospital Elizalde (Montes de Oca 40) se realizó la adjudicación de cargos. El total de cargos designados para T.O. fueron:

- 3 residencias (40hs. Semanales/ 3 años) 1º año IREP
 - 10 concurrencias (16hs. Semanales/4 años - ad-honorem) Htal. Borda.
 - 5 concurrencias (16hs. Semanales/4 años - ad-honorem) Htal. Alvear.
 - 5 concurrencias (16hs. Semanales/4 años - ad-honorem) Htal. Tobar García.
 - 2 concurrencias (16hs. Semanales/4 años - ad-honorem) Htal. Rocca.
- (Información suministrada por T.O. Alicia Torre- Dirección de Capacitación)

Maestría en Demografía Social

Universidad Nacional de Luján. Carrera de postgrado creada en 1986 y que desde su inicio cuenta con la colaboración docente del Centro Latinoamericano de Demografía de las Naciones Unidas. El ingreso a la carrera es bienal y los cursos se desarrollan en Capital Federal.

Informes e Inscripción: Ecuador 873 (1214)
Capital.
Te: (01) 962-7045
Fax: (01) 981-3268

Agradecemos a los colegas de todo el país por los llamados y las cartas en las que nos alientan para seguir con este emprendimiento

Envíe la producción de sus pacientes a nuestra redacción para publicarlo en MATICES, acérquenos sus críticas y sugerencias.

En futuras ediciones seguiremos presentando trabajos de colegas que están llegando a nuestra redacción desde diferentes lugares del país.

Si desea obtener ejemplares de Materia Prima en forma directa puede contactarse con:
Mar del Plata: Paula Cagliolo (023-913553)
Santa Fé: Lorena Rodríguez. (San Martín 3553 3p Dpto. B)
La Rioja: Laura Moreno
(Baltazar Jaramillo 15)

Redacción:
Mansilla 2665 (1425)
Capital Federal
TE: (01) 962-1101 FAX: (01) 786-6833
E-mail: andre@fsoc.com.ar

Los colegas que deseen presentar sus trabajos en la VII Jornadas de T.O. pueden acercar sus comunicaciones científicas hasta el 15 de Julio; entrega 15 de agosto. La duración de las exposiciones será de 20 minutos. Los ejes temáticos son:

- Derecho a la salud, derecho al trabajo, en el marco de los derechos humanos.
- Atención 1º de la salud
- Clínica de T.O.

(Ver Agenda)



Otra Puerta



"EL GORDO, LOS GATOS Y LA MEMORIA"

por Luis M. San Román

Hay años que, al empezar nomás, ponen a prueba nuestro temple con episodios que nos sacuden.

En tiempos donde la noticia de ayer ya pasó de moda, donde un escándalo tapa a otro tan rápido que nos olvidamos del anterior, hay hechos que, sin embargo, no debemos dejar caer en el olvido. Enero nos sacudió con el asesinato de Cabezas. Y a los pocos días sufrimos otro golpe.

El 29 de enero, a los 52 años, murió Osvaldo Soriano.

Contador de cosas simples, estableció un vínculo tan familiar con sus lectores que muchos nos identificamos con los relatos de su juventud en algo que nos pasó o, por lo menos, en algo que nos hubiera gustado que nos pasara.

Muchos vamos a extrañar las contratapas del diario del fin de semana, que leíamos no por costumbre sino por complicidad.

Amante de los gatos, a quienes consideraba sus verdaderos asesores literarios, los ejes de su temática pasaron por la actualidad política, la vida de su padre y el fútbol.

Doce libros e innumerables relatos y artículos periodísticos forman una obra que vale la pena recorrer, tanto por su frescura cuanto por lo mucho que tiene que ver con nosotros, si andamos de los cuarenta para arriba porque lo vivimos, y si tenemos menos para asomarnos a su mirada particular sobre nuestra historia reciente.

Querido por amigos, colegas y lectores, "el gordo" Soriano se hizo un lugar en el corazón de todos nosotros. Hoy, en un día cualquiera de un mes cualquiera, lo recordamos. El mejor tributo que podemos hacerle es releer su obra y sentirla nuestra.

SUS LIBROS

* Triste, solitario y final (1973). Una historia de Stan Laurel, El flaco de "El gordo y el Flaco"

* No habrá más penas ni olvido (1980). Publicado en nuestro país en el '82, cuenta el enfrentamiento entre dos sectores del peronismo en un pueblo de Bs. As. Fue llevada al cine por el director Héctor Olivera en 1983.

* Cuarteles de invierno (1981). Se publicó en Argentina en el '83, también sucede en un pueblo de Bs.As. donde se encuentran, un boxeador y un cantor de tangos. Fue llevada al cine por el director Lautaro Murúa en 1984.

* Artistas, locos y criminales (1983). Compilación de textos periodísticos aparecidos entre el '72 y '74 en el diario "La Opinión".

* El negro de París (1985). Novela para chicos que se reeditó en 1996.

* A sus plantas rendido un león (1986). Novela en la que conviven un cónsul abandonado por su país y un guerrillero exiliado.

* Rebeldes, soñadores y fugitivos (1988). Recopilación de textos periodísticos.

* Una sombra ya pronto serás (1990). Cuenta el recorrido de un hombre que volvió del exilio y encuentra en su camino mucha gente que quiere irse del país. En 1994 fue llevada al cine por Héctor Olivera.

* El ojo de la patria (1992). Espías Argentinos en Europa que pelean por robarse unos a otros la momia de un prócer que intentan repatriar.

* Cuentos de los años felices (1993). En ellos aparece su padre, San Lorenzo y algunos hombres de la Revolución de Mayo.

* La hora sin sombra (1995). Un escritor que prepara una novela a través de la que trata de entender su relación con sus padres.

* Piratas, fantasmas y dinosaurios (1996). Relatos y artículos periodísticos.

"...La mitología dice que al morir los gatos van a sentarse sobre la redondez de la luna.

Hay quienes sólo pueden verlos en las noches claras. Otros los vemos en todas las penumbras.

Yo no tengo biografía. Me la inventarán, un día, los gatos que vendrán cuando yo esté, muy orondo, sentado en los bordes de la luna..."

(Osvaldo Soriano)

CURSO DE ADAPTACIONES BLANDAS

T.O. Graciela Petrolini




Tel.: 01-981-2561

Fax : 01-902-2426

Cursos y asesoramiento en el interior

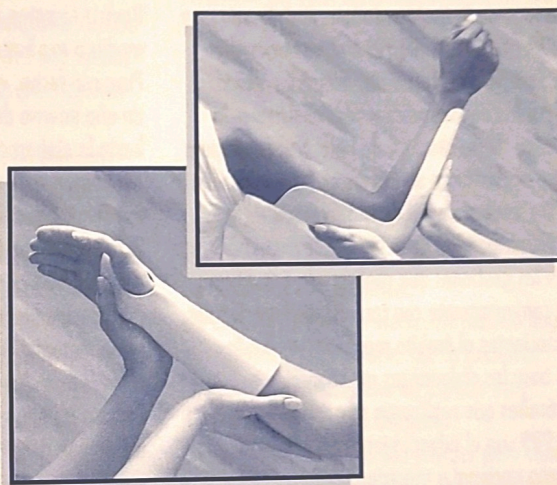
D & R S.A.

Desarrollamos productos de auto-ayuda a partir de ideas generadas por nuestro staff de terapeutas y profesionales del cuidado de la salud, a través del mundo. Nuestros productos son dispositivos de ayuda de alta calidad que permiten mejorar las actividades de la vida diaria. Estamos mejorando la vida de la gente por más de 26 años.

-  Materiales y elementos de última generación a su disposición apenas aparecen en el mercado mundial.
-  Sponsor de Workshops, publicaciones y videos técnicos teórico - práctico.
-  Precios especiales para profesionales.

Rehabilitación General

- IVIA** Termoplásticos, férulas, braces y otros para miembros superiores.
- IVIB** Férulas, braces, valvas, ortesis para rodillas y otros para miembros inferiores.
- IVIC** Auxiliares de marcha, sillas de ruedas y accesorios.
- IVID** Elementos para evaluación.



Rehabilitación Especial

- VIA** Equipamiento para cuidados especiales y adaptaciones para actividades de la vida diaria. (Ayudas técnicas)
- VIB** Elementos para ejercicios y propiocepción.
- VIC** Electroterapia.
- VID** Elementos para control postural.

Distribuidores exclusivos entre otros de

Smith & Nephew

"Leadership in Worldwide Healthcare"

D & R S.A.

Av. Córdoba 2467

1120 - Capital Federal

Telefax :

(01) 961-4157 / 7321 (Lin.Rot.)

Fax 24 hs. : (01) 372-0245/371-5214



Bs As 2 de abril de 1997

Sra. Directora de la Revista
Materia Prima

De mi mayor consideración:
Tengo el agrado de dirigirme a
Usted y por su intermedio a los
miembros responsables de la

Edición de dicha Revista, a fin de hacerles llegar una mayor información sobre el Proyecto de Modificación de las Ordenanzas N° 45.147 y 40.997 del "Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud", que solicito sea publicada en la Revista que Usted dirige.

La creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) en el ámbito nacional en 1986; brindó a los terapeutas ocupacionales la oportunidad de ser incorporados al sistema de formación de posgrado. Este hecho fundante para nuestra profesión, a nivel nacional, no se condijo con acto similar a nivel de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires; pese a las gestiones que realizara la T.O. Alicia Torre conjuntamente con terapeutas ocupacionales pertenecientes al ámbito municipal, teniendo como base las ordenanzas mencionadas.

Los trámites que realizaron se paralizaron en el año 1989 con el advenimiento del cambio de gobierno nacional y municipal.

Este cambio, produjo en 1991 que los hospitales nacionales existentes en Capital Federal fueran transferidos a la órbita del municipio por el "Convenio de Transferencia de Establecimientos Asistenciales de propiedad de la Nación" (Ley 24.061/91) y con ellos los residentes de Terapia Ocupacional, provenientes de la RISAM; que fueron incorporados al Sistema de Residencia Municipal aunque nuestra profesión no estaba prevista en las normativas vigentes.

Tal situación implicaba un doble riesgo, por una parte la inestabilidad de los residentes transferidos dentro del sistema y por otra, al egreso de ellos la pérdida definitiva de acceso a dicho sistema de formación y capacitación.

Fue así, que en el año 1993 las residentes en aquel momento, T.O. Marcela Giménez y T.O. Daniela Testa, se acercaron al Servicio N°48 de T.O. del Htal. J.T.Borda, para plantear la crítica situación por la que atravesaba la residencia.

Desde el Servicio N°48 de T. O. se iniciaron gestiones a través del Departamento de Docencia e Investigación del Htal. J.T. Borda (institución también transferida al municipio), solicitando la

inclusión de los terapeutas ocupacionales en la Residencia del Equipo de Salud.

Se invitó por intermedio de los colegas de Hospitales Municipales, a promover igual pedido a través de los respectivos Departamentos o Comités de Docencia e Investigación, como forma de generar una mayor fuerza a lo requerido. A su vez, terapeutas ocupacionales del Servicio N°48 de T.O., realizaron diversas entrevistas en la Dirección de Capacitación y Concursos de la M.C.B.A., las que en el inicio prometían una resolución favorable del tema, hasta que agosto de 1994 la Directora de Capacitación Dra. Beatriz Maratea interrumpió las tratativas sin que mediara explicación alguna.

Para esa fecha, volvíamos a foja cero, luego de un año intenso de trabajo que había incluido hasta la elaboración del programa de residencia. Agotada esta instancia, consideramos que la estrategia para alcanzar el objetivo que nos habíamos propuesto era ingresar nuestro reclamo a través del Honorable Consejo Deliberante.

Por intermedio del Sr. Juan Carlos Ybarra, compañero del Hospital y de actividad gremial en otras épocas, fuimos recibidos en el Honorable Consejo Deliberante, por la Comisión de Cultura del Bloque del FREPASO, que al plantear nuestra solicitud, nos derivó a la Comisión de Salud de dicho bloque. Allí para la presentación del proyecto, nos atendió y asesoró la Sra. Lía Santa Cruz, asesora del bloque.

Con su orientación elaboramos el proyecto (que se anexa), que incluyó los antecedentes y fundamentos de nuestro pedido. El 18/10/94 se hizo la presentación formal al bloque del FREPASO, tarea que fue diligenciada en mano por la Sra. Lía Santa Cruz. Por posterior seguimiento del trámite se nos informó que había sido aprobado y girado en febrero de 1995 a la Comisión de Salud del Honorable Consejo Deliberante, presidida por el Dr. Lombardo, para su tratamiento en Comisión.

Intentamos obtener una entrevista con el presidente de dicha Comisión, que no se concretó y por diversas razones, fuimos postergando la continuidad en el seguimiento.

La promulgación de la Ordenanza N° 50.488/96 por decreto 585/96, fue el resultado concreto de la petición que habíamos realizado, con espíritu amplio, al proponer la inclusión de los diferentes títulos académicos.

No se trataba de niveles de formación distintos,

de proponer la creación de una residencia propia, sino de reclamar y peticionar, por un derecho que nos diera la oportunidad de estar en un pie de igualdad con las restantes profesiones del Equipo de Salud.

Hasta aquí llegaron nuestros esfuerzos, sobre la base de una firme convicción en el principio de equidad, con el apoyo de los colegas de los Hospitales Tobar García, Moyano, Álvarez y Alvear, en pos de mayores y mejores posibilidades para las promociones futuras y en beneficio de la comunidad en su conjunto.

Finalmente, agradezco a los colegas Marcela Giménez y Daniela Testa quienes con insistencia acompañaron las gestiones, al Sr. Juan Carlos Ybarra que en forma desinteresada nos facilitó llegar al Honorable Consejo Deliberante, a la Sra. Lía Santa Cruz por el asesoramiento legal y apoyo a la iniciativa y en particular a la T.O. Marcela Capozzo por embarcarse sin retaceos ni mezquindades, en aquello que sólo parecía una utopía.

T.O. Sara Daneri

(La documentación que acompaña esta carta se encuentra disponible en la redacción de M.P.)

Santa Fé, 5 de marzo de 1997

Estimada colega

T.O. Andrea Monzón

Mis más sinceras felicitaciones por el forzoso emprendimiento de editar una revista, a usted y a todo el equipo que trabaja en ella.

... Quiero aprovechar el espacio, si así me lo brindase, para comunicarme con otros colegas que se desempeñen en el campo comunitario y/o minoridad.

Que la superación constante y el éxito los acompañe, hasta pronto

T.O. Viviana Pradolini de Bauer
(042-538980)

Buenos Aires, 16 de Mayo de 1997.

Carta Abierta A Los Residentes De Terapia Ocupacional

"...Mi autocrítica se basa en el reconocimiento de no haber comprendido adecuadamente la historia en que se insertaban las acciones de un grupo



social al que yo pertenecía...Yo fui no solamente una parte de esa historia que viví, sino un constructor, pequeño, como cada uno de nosotros, pero constructor de ella..."
Mario Testa, "Pensar en Salud"

En el país donde hay que acordarse siempre, para que el olvido no arrase la memoria, como pequeñas constructoras de una experiencia, queremos compartir su historia para que en esta nueva etapa de refundación, puedan tener presente parte del pasado de la institución que hoy forman parte.

Junto a quince colegas formamos parte de la tan mencionada R.I.S.A.M. (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental), experiencia de formación que inició un proceso de transformación en el campo de Salud Mental en Argentina.

En 1986 ingresamos los Terapistas Ocupacionales, el aprendizaje en esa época se caracterizaba por la autogestión. Pocos colegas creían necesaria la equiparación de la formación con el resto de los profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales.): las primeras residentes estaban contratadas por dos años, fuimos las mismas residentes quienes justificamos ante la Dirección Nacional de Salud Mental los cuatro años. No existían programas específicos de la profesión, el camino a seguir lo marcaban los lineamientos del Plan de Salud Mental elaborado por Mauricio Goldemberg en 1985.

Las Colegas Susana Vidal y Marcela Palazzo nos ofrecían ad-honorem formación y supervisión. Con el ingreso de nuevos compañeros las ansiedades fueron desapareciendo, dando lugar al compromiso que sostenía el trabajo comunitario y la estrategia de A.P.S. que atravesaba la Residencia.

Debíamos recorrer hospital por hospital, nacional o municipal, evaluando cuál era el dispositivo que reuniera las exigencias académicas. En la búsqueda de Consultorios Externos de Hospital General, encontramos a Silvia Kleiban, en la formación y supervisión a Liliana Paganizzi y a Silvia Destuet.

1989 trae el recambio institucional y el cierre arbitrario de la R.I.S.A.M.. Vidal, Palazzo y Paganizzi nos acompañaron en acto...También recibíamos "palabras de aliento y amables palmadas en la espalda".

Durante 1990 nos dedicamos a la construcción de los programas específicos para su discusión en la D.N.S.M..

La dura gestión de Fiaschet, Menéndez, Grinsong, ante la obvia relevancia técnica de nuestra profesión, la presión política de los residentes en conjunto y A.T.E., admiten el concurso para el ingreso de las tres últimas Residentes Nacionales de Salud Mental.

En 1991 se produce la "municipalización" del conjunto de hospitales nacionales, junto con ellos se transfiere la residencia.

Verdad es que un grupo de colegas en 1988 elevaron un programa docente a la Dirección de Capacitación de la Municipalidad de Bs. As., verdad también es, que los burócratas municipales nos recibieron con un inolvidable "Para la Municipalidad los Terapistas Ocupacionales no existen".

La ordenanza que reglamentaba el Sistema Municipal de Residencias no contemplaba nuestra profesión, continuamos sólo aquellos que fuimos transferidos, cerrándose el ingreso para acceder al sistema.

Dos colegas fueron elegidas jefas, en elección pública y abierta de los residentes, las mismas empezaron a ejercer su función.

La falta de reglamentación y consenso político en la Municipalidad, impidió su nombramiento efectivo a pesar de un largo recorrido donde sólo volvimos a recibir "palabras de aliento".

El 31-5-93 egresa el último grupo de R.I.S.A.M., ocho nuevos jefes debían ser nombrados, entre ellos una T. O., la estrategia política de este grupo, permitió que esta vez se pudiera acceder a la jefatura.

En el último tramo, desde los hospitales psiquiátricos, decidimos continuar la lucha por la modificación de la ordenanza municipal. En ese momento junto a la jefatura del Servicio de T. O. del Htal. J.T. Borda. Nuevamente el recorrido burocrático municipal, nuevos programas hasta llegar al anteproyecto de modificación de la ordenanza impulsado por la Comisión de Salud del FREPASO del Consejo Deliberante.

Creemos importante compartir con Uds. esta historia, de la cual también formaron parte nuestros compañeros y maestros: las T.O. Susana

Vidal, Marcela Palazzo, Silvia Kleiban, Liliana Paganizzi, Silvia Destuet, los doctores Raúl Cerdeiras, Blas de Santos, Agueda Giménez de Vainer, Raquel Goldstein, Juan Carlos Stagnaro, Fernando Ulloa, Luis Salinas, Alfredo Grande, Roberto Sivak, Hernán Kesselman, Alberto Gadea, Pepe Martínez Ferretti, Mónica Arredondo y los H8, Alicia Stolkiner y su cátedra de Salud Pública de la U.B.A. y a todos aquellos que formaron parte del cuerpo docente de la Residencia. Nuestro agradecimiento y recuerdo a todos ellos.

T.O. Marisa Alippi -Ex- residente- Ex- Jefa de Residentes, T.O. Fabiana Fenoglio - Ex-residente- Ex-Jefa de Residentes, T.O. Marcela Giménez- Ex-residente- Ex- Jefa de Residentes, T.O. Daniela Testa- Ex-residente.

Bs. As., 8 de mayo de 1997

Sra. Directora

T.O. Andrea Monzón

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de hacerle llegar mis saludos y felicitaciones por la iniciativa emprendida, la cual llena un espacio muy necesario en esta área del saber. Sin duda los comienzos son difíciles pero como en toda tarea precursora se hace camino al andar, aunque eso implique vencer resistencias del medio.

Sin otro particular aprovecho para enviar un cordial saludo.

Dr. Jorge M. Reboredo

"Férulas en termoplásticos"

Consulte por grupos y actividades especiales en el interior

T.O. Lidia Cistoldi

MUSICOTERAPIA EN PSIQUIATRIA

**PSICOPROFILAXIS
PRE-QUIRURGICA
SESIONES
INDIVIDUALES**

(01) 543-1599

31 de mayo al 5 de junio de 1998

XII Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales
Sede: Palacio de los Congresos de Montréal, Canadá
Fecha cierre presentación de trabajos: 30 de junio de 1997
Informes: 795 Victoria Square, Suite 700. Montréal, Québec, Canadá.
Te: (514) 286-0855 Fax: (514) 286- 6066
E-mail: info@eventsintl.com

Sede: Buenos Aires Sheraton Hotel & Towers
Informes: Moreno 584 9p of. A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216/3408
Fax: (01) 331-0223

Te: (01) 812-7191/5920 (9:30 a 18:30 hs)
Universidad Nacional de Mar del Plata Funes 3350
Te: (023) 75-2426 Fax: (023)75-2442

25 al 27 de junio de 1997

II Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario sobre Salud y Población
Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA)
Informes: Uriburu 950 6p
Te: (01) 961-9905 / 2015 (int.181)
Fax: (01) 962-9942

10 al 13 de setiembre de 1997

III Congreso Mundial de Estados Depresivos
Simposio Internacional de Anorexia Nerviosa y Bulimia
Informes: Rivadavia 122 1p dto.25 - Mendoza-
Telefax: (061) 295662 / 3808232

1-2-3 de octubre de 1997

VII Jornadas de T.O.
Informes: Hospital Borda
Barracas 375 (de 10 a 13 hs.)
Tel.: (01) 636-3743/(01) 383-9279

15 al 17 de octubre de 1997

III Congreso Latinoamericano de T.O.
II Congreso Venezolano de T.O. "La rehabilitación con base comunitaria"
Informes: Comité Científico de Congresos, Federación Venezolana de T.O.
Apartado Postal 5890, Carmelitas, Caracas 1010, Venezuela
Fax: (5831) 940813 T.O.Nancy Galvis

6 al 11 de julio de 1997

Congreso Mundial de la Federación Mundial para la Salud Mental
Finlandia
Informes: Fax: (358-0) 692-4065

12 y 13 de setiembre de 1997

II Congreso del Capitulo Latinoamericano de Neurofisiología
Organiza: Sociedad Neurológica Argentina
Informes: Moreno 584 9p of.A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216 / 3408
Fax: (01) 331-0223

16 al 18 de octubre de 1997

VIII Congreso Argentino de Medicina Familiar
Informes: Te: (01) 382-1874 Fax: (01) 382-6703

13 al 15 de agosto de 1997

Jornadas Internacionales sobre Violencia y Abuso en Niños y Adolescentes
Organiza: Centro de Estudios Avanzados U.B.A
Sede: Centro Cultural Gral. San Martín Cap. Fed.
Informes e Inscripción: Centro de Estudios Avanzados
Uriburu 950 1º piso Cap. Fed.
Te: (01) 963-6958 / 59 Fax: (01) 963-6962

14 al 19 de setiembre de 1997

XVI Congreso Mundial de Neurología
Organiza: Sociedad Neurológica Argentina
Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Towers
Informes: Moreno 584 9p of.A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216 / 3408
Fax: (01) 331-0223

16 al 18 de octubre de 1997

III Congreso Argentino
IV Jornadas Rioplatenses de Obesidad y Trastornos Alimentarios
Sede: Hotel Intercontinental. Cap. Fed.
Informes: Te: (01) 381-1777 Fax: (01) 382-6703

23 de agosto de 1997

III Jornada Anual de Retardos Mentales
Sede: Centro Cultural Gral. San Martín Cap. Fed.
Informes e Inscripción: 25 de Mayo 240 -1638-Vte. López Bs. As.
Telefax: (01) 795-1571 (Ma, mi y vi 14,00 a 20,00 hs.)

14 al 19 de setiembre de 1997

Congreso Mundial de Esclerosis Múltiple
Informes: Moreno 584 9p of.A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216 / 3408
Fax: (01) 331-0223

23 al 24 de octubre de 1997

IV Congreso Mundial sobre Síndrome de Down
Sede: Palacio de Congresos Madrid - España
Informes: Te: (34-1)- 532 8137 Fax: (34-1)- 522 3418
E-mail: congresos-madrid @v.iberia.com

16 al 20 de setiembre de 1997

XXXI Congreso Argentino de Pediatría - Mendoza
Informes: Coronel Díaz 1971 Cap. Fed.
Telefax: (01) 821-8612 / 5033

27 al 31 de octubre de 1997

V Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional
IV Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional
Organiza: Asociación Mineira de T. O.
Rua Jornalista Afonso Rabelo, 88 Cidade Nova-Belo Horizonte Minas Gerais - Brasil -
Cep: 31.170-310
Te: (0055-031) 484-2553
Fax: (0055-031) 296-3001

10 al 13 de setiembre de 1997

VIII Congreso Panamericano sobre Epilepsia
Organiza: Sociedad Neurológica Argentina

25 al 27 de setiembre de 1997

IV Congreso Interdisciplinario de Barreras Arquitectónicas y Urbanísticas
"La ciudad para todos"
Organiza: Universidad Nac. de Mar del Plata - Municipalidad del Partido de Gral. Pueyrredón - Asoc. Mutual Soc. Central de Arquitectos
Sede: Mar del Plata
Informes: AMSCA Montevideo 926 PB Cap Fed

Matices



"Mujeres"



**Turismo Unión
Buenos Amigos**

CONGRESOS EN 1997

**III Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional
II Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional**

"La rehabilitación con base comunitaria"

Del 15 al 17 de Octubre de 1997. Caracas, Venezuela.

**Pasaje aéreo
u\$ 560**

**V Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional
IV Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional
Del 27 al 31 de Octubre de 1997. Belo Horizonte, Brasil.**

**Pasaje aéreo
u\$ 399**

CONGRESOS EN 1998

**XII Congreso Internacional de la Federación Mundial
de Terapistas Ocupacionales**

Del 31 de Mayo al 5 de Junio de 1997. Montreal, Canadá.

Consultá

**paquete exclusivo para los congresos
(aereo, hotel y traslados)**

Los precios no incluyen impuestos y estan sujetos a modificación sin previo aviso

**Sarmiento 1967 1º 12, Cap. Fed. - Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: (0054) 1 - 953 - 3773 y rotativas**

CONGRESOS